APPENDICITE CHRONIQUE

N° ~~32~~ 2.

ET

DYSPEPSIE APPENDICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Février 1908

PAR

Joseph ROUCAIROL

Né à Pézenas, le 31 juillet 1879

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (*Concours 1901*)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NIMES (*Concours 1906*)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS BASTARD

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

J. ROUCAIROL.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

J. ROUCAIROL.

A l'heure, tant désirée et cependant si redoutable, de notre début dans la pratique médicale, il nous sera permis de remercier ici tous ceux, et ils sont nombreux, dont l'enseignement élevé et parfois l'appui moral nous furent si précieux pendant nos années d'études.

Tout fraîchement éclos à la vie universitaire, nous fûmes accueilli par notre maître, M. le Professeur Tédenat, avec sa bonté coutumière. Il voulut bien nous garder près de deux ans comme externe dans son service de l'Hôpital Suburbain, et là, nous avons pu acquérir, grâce à ses leçons quotidiennes empreintes de la plus exquise cordialité, et aux conseils qu'il nous prodiguait tout particulièrement, la majeure partie de nos connaissances actuelles. Tout récemment encore, il nous a confié les quelques observations qui servent de base à notre thèse inaugurale, et il en a accepté la présidence. Nous lui exprimons nos plus chauds sentiments de reconnaissance.

Pendant nos semestres d'externat dans leurs services respectifs, MM. les professeurs Grasset, Vallois et Vedel firent preuve à notre égard de la plus grande bienveillance. C'est dans un sentiment de profonde gratitude que nous associons leurs noms à ceux de MM. les professeurs Granel, Carrieu et

Baumel, et de notre ami, M. le Professeur-agrégé Soubeyran, qui, dans maintes circonstances, nous témoignèrent un vif intérêt.

Comment remercier ceux qui continuèrent notre éducation médicale pendant notre internat dans les hôpitaux de Nimes. M. le médecin-principal Béchard, MM. les docteurs Reboul, Gauch, Gilis, Muzel, Lassale, Ollivier de Sardan, Fabre et Suquet ont mis, tour à tour, à notre disposition leurs brillantes qualités de praticiens pour tâcher de nous affermir contre les dangers de la rude profession médicale. Nous osons espérer qu'ils y ont réussi. C'est le meilleur remerciement à leur adresser.

Avec une certaine émotion, nous nous souvenons des conseils que nous donnait notre excellent ami, M. le Docteur François Bastard, lorsqu'il prenait plaisir à nous emmener, tout jeune étudiant, auprès de ses malades et à développer en nous le goût de la médecine. La plupart de ces conseils, de ces leçons dirions-nous presque, donnés parfois sous une forme des plus piquantes, sont restés gravés dans notre esprit. Puisque les circonstances veulent que nous pratiquions l'art médical dans la même cité, nous espérons avoir largement l'occasion de lui prouver notre respectueuse reconnaissance.

A nos camarades d'internat, nous exprimons le vif regret causé par cette séparation. Là, nous avons trouvé de solides et joyeuses amitiés, que l'éloignement n'atténuera pas de sitôt. Notre désir est qu'ils gardent de nous le souvenir réconfortant et durable que nous emportons d'eux.

APPENDICITE CHRONIQUE

ET

DYSPEPSIE APPENDICULAIRE

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS. — DÉFINITION. — HISTORIQUE

Chez les malades atteints d'affections gastro-intestinales qu'il peut avoir à soigner, le médecin rencontre parfois des dyspepsies rebelles à toute thérapeutique.

En pareil cas, les malades se plaignent habituellement d'une anorexie intense souvent élective pour toute une catégorie d'aliments. l'ingestion des mets les plus légers peut s'accompagner de pesanteur à l'épigastre, de ballonnement abdominal : parfois, de véritables douleurs suivent, de près ou de loin, toute ingestion alimentaire, de caractère variable dans leur fréquence et leur intensité, mais ne tardant pas à amener chez les patients une intolérance gastrique suivie d'amaigrissement rapide. Leur langue est sale, la région stomacale sensible ; la pression ou la palpation abdominale amènent des phénomènes douloureux, vagues ou nettement localisés. Ils se plaignent encore d'une constipation opiniâtre, qu'ils soignent parfois depuis longtemps, et contre la-

quelle les meilleures thérapeutiques ne sont que d'un effet incertain.

Pour eux, on épuise toutes les ressources de la médication habituelle contre les dyspepsies : régimes variés, lavages gastro-intestinaux, etc. ; ils constituent une clientèle que l'on retrouve à Vichy, à Châtel-Guyon, à Plombières. Mais on obtient tout au plus des améliorations passagères. Et cela dure jusqu'au jour où l'on constate la présence, dans la fosse iliaque droite, d'un peu d'hyperesthésie, à la pression profonde, au point de Mac Burney ; d'un peu d'empâtement de la région ; de signes plus ou moins nets d'une altération de l'appendice. Parfois même, c'est le tableau d'une appendicite typique qui vient interrompre ou masquer ces phénomènes digestifs ; ou bien encore, on retrouve dans les antécédents du malade de petites crises anciennes, à peine ébauchées.

Le chirurgien, appelé, enlève l'appendice, et l'on voit soudain tous les phénomènes dyspeptiques régresser rapidement : l'appétit revient, les digestions deviennent faciles, le malade reprend l'embonpoint dont il jouissait lorsqu'il était en bonne santé. Cet état persiste, et l'on peut dire que la dyspepsie, du fait de l'appendicectomie, est guérie, et bien guérie. Débarrassé de son appendice lésé, le malade a retrouvé sa santé normale.

Il y avait donc, entre les troubles dyspeptiques dont il souffrait et la lésion appendiculaire qu'il portait, un rapport étroit. Sa dyspepsie était d'origine appendiculaire.

Pour bien délimiter la question qui nous intéresse, il faut la comprendre ainsi : des troubles dyspeptiques, d'intensité et de formes variables, acquièrent par leur prépondérance, leur ténacité inquiétante, leur caractère dominateur, une individualité clinique absolument caractéristique ; ces troubles dyspeptiques évoluent pour leur propre compte, déter-

minés par une appendicite latente, larvée ou insuffisamment recherchée ; ou bien, ils accompagnent un état appendiculaire chronique révélé par des crises antérieures, par des douleurs ou des signes physiques suffisants.

Nous n'avons pas à étudier ici les troubles dyspeptiques et les troubles appendiculaires évoluant ensemble sur un terrain commun et déterminés par un même facteur : ce que Delion après Gilbert et Lereboullet a appelé la « diathèse d'auto-infection », où une prédisposition familiale, infection biliaire, angiocholite, etc... jouent un rôle prédominant.

Il n'est pas non plus question d'appendicites consécutives à des troubles ou à des lésions d'organes gastro-intestinaux, et n'étant plus alors qu'effets et non facteurs. Nous discuterons ces faits au chapitre étiologique ; mais, dans l'un et l'autre cas, une intervention sanglante sur l'appendice ne pourrait faire disparaître le syndrome gastro-intestinal.

Dans d'autres circonstances, il suffit, au contraire, de noter sa brusque disparition après l'acte opératoire, pour se rendre compte qu'au lieu d'une cause il n'était qu'une conséquence.

Ce n'est pas d'emblée que l'on est arrivé à cette notion de l'appendicite dyspeptique ; depuis longtemps déjà, les auteurs avaient insisté sur les troubles digestifs prédominant dans l'appendicite ; seulement, c'était sans y attacher toute l'importance que méritait la question. Certains les signalent d'un mot, d'une phrase ; puis, progressivement, d'autres leur accordent un intérêt spécial. Delagenière, Broca, Czerny, Pesquerel se contentent de les mentionner.

En 1891, Jules Simon parle des troubles dyspeptiques dans l'état appendiculaire. En 1892, Talamon insiste sur ce sujet : « Dans la période intermédiaire aux crises aiguës, il persiste » souvent, dit-il, des douleurs abdominales vagues, des coli- » ques fréquentes, du ballonnement facile du ventre, *des di-*

» *gestions pénibles*, des alternatives de constipation et de sel-
» les muqueuses... Si la chute est plutôt appendiculaire, la
» période intermédiaire est plutôt cœcale ou du moins intes-
» tinale. »

Des réflexions identiques sont consignées dans une seconde monographie du même auteur.

Un peu plus tard, Monod et Vanverts parlent des troubles digestifs et des « prodromes dyspeptiques », existant depuis longtemps, précurseurs d'une crise appendiculaire. En 1894, Dixon parle d'appendicites atypiques et Figueira de plusieurs cas d'appendicite latente. Puis, Jacob, de Bruxelles, publie, sous le titre d'appendicite chronique, quelques types d'appendicite larvée. En 1897, Brun les signale en étudiant les appendicites chroniques d'emblée ; Schœmaker, en Angleterre, insiste sur l'importance des troubles intestinaux chroniques pour le diagnostic de l'appendicite. On peut dire que c'est Walther qui, soit au Congrès de chirurgie de Paris en 1898, soit dans les bulletins de la Société de chirurgie, soit dans les thèses de ses élèves Rastouil et Moutais, a donné à la question des troubles digestifs prédominant dans l'appendicite chronique sa véritable impulsion. Il a réussi à recueillir 21 observations où les phénomènes digestifs prédominent chez des appendiculaires chroniques. Dieulafoy, en 1899, parle des appendicites où la triade douloureuse est masquée par d'autres symptômes dominant la scène. Jalaguier, à la même époque, signale les particularités de certaines appendicites chroniques « qui ne se révèlent que par des *troubles*
» *dyspeptiques* et des douleurs abdominales extrêmement
» vagues : on passe à côté du diagnostic, car les symptômes
» appendiculaires, souvent mal définis et fugaces, doivent
» être recherchés avec attention. » De même, le professeur Ewald, communiquant au Congrès de médecine de Carlsbad

et de chirurgie de Berlin, cite parmi les cas d'appendicite larvée des formes dyspeptiques de cette affection.

En 1900, Montais, dans sa thèse sur l'appendicite chronique, s'exprime ainsi : « Il est des cas, et ils nous paraissent fré- » quents, dans lesquels l'évolution des lésions appendiculaires » peut rester à peu près chronique, et leur traduction symp- » tomatique, en l'absence de toute crise aiguë, se borne à des » troubles digestifs ; on conçoit la difficulté de rattacher les » phénomènes dyspeptiques à leur véritable cause et de dé- » pister la localisation appendiculaire dans l'infection intes- » tinale continue. » Klemm opère trois malades qui n'avaient jamais présenté d'attaques régulières : les douleurs vagues et persistantes, un amaigrissement notable, l'amènent seuls à une intervention. Cotar signale dans sa thèse des cas semblables.

Le premier article d'ensemble sur cette forme de manifestation appendiculaire est écrit par Longuet dans la *Semaine Médicale* ; déjà, Grandmaison avait publié un cas typique sous le nom d'appendicite latente. C'est Longuet qui propose le terme de *dyspepsie appendiculaire*, de même qu'il existe déjà des pleurésies appendiculaires, des péritonites appendiculaires. Cette dénomination « solidarise le symptôme et sa lésion et établit entre eux le lien de cause à effet ». Il joint à l'appui de sa thèse 28 observations recueillies dans la littérature médicale (Walther 21, Jalaguier 1, Ewald 6), trois observations personnelles qu'il a publiées dans le *Progrès Médical*, sous le nom de dyspepsie appendiculaire buccale, gastrique, intestinale.

La même année (1903), Michel et Bichat apportent une contribution à cette étude, et Goursolas, dans sa thèse, rapporte les observations de la clinique de Villard. Dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, Siredey, sous le nom de

« Formes frustes de l'appendicite chronique », étudie des cas semblables.

En 1904, les thèses de Levreg sur les troubles digestifs et les lésions génitales chez la femme ; de Delion sur la diathèse « d'auto-infection et l'appendicite » ; de Wagron, sur l' « appendicite chronique d'emblée », peuvent nous permettre de trouver des observations intéressantes. Cette question revient, d'ailleurs, à plusieurs reprises à la Société de chirurgie (10 et 17 février) : Potherat, Lejars, Quenu, Walther apportent une particulière contribution. Dès lors, l'existence des troubles digestifs prédominant dans une affection appendiculaire, pouvant même la dissimuler sous un tableau gastro-intestinal, amène les médecins à étudier le plus minutieusement possible les signes des appendicites chroniques ; et Comby, pour montrer l'intérêt de ces recherches, apporte à la Société de Médecine des Hôpitaux, l'observation d'une appendicite longtemps méconnue.

Van der Scheer, Hausmann, Boas, en Allemagne ; Powey, Blake, précisent les particularités physiques qui permettent de faire le diagnostic (1905). En France, Berthomieu, de Lausanne, Sicard, découvrent l'un la disparition du réflexe abdominal, l'autre un mode d'exploration qui rend plus facile la palpation de l'appendice malade. Kohn (1906) étudie les « pseudo-dyspepsies nerveuses ». Enfin, ce sont les discussions, en Allemagne, de Krauss, Heubnerr, Orth, à la Société de Médecine Berlinoise. Dieulafoy, par sa communication à l'Académie de Médecine sur les « balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon », ces malades indûment opérés d'une appendicite qu'ils n'ont pas, dépouille sa « tendresse » pour les chirurgiens et les accuse d'incriminer par trop l'appendice à propos de troubles dyspeptiques et d'entéro-colite. Reclus, Reynier, Le Dentu, Richelot tâchent de mettre la question au point et de tracer une conduite interventionniste qui n'ait

d'excès ni dans une méthode opératoire à outrance, ni dans un statu quo pernicieux ou mortel pour le malade.

Signalons, en 1907, l'article très bref de Foucault et Salignat dans la *Presse Médicale ;* de nombreuses communications aux Sociétés de médecine et de chirurgie françaises et étrangères, et notre aperçu historique sera terminé.

Actuellement, la notion de la dyspepsie appendiculaire semble donc devoir être admise, et il nous a paru bon d'examiner cette question d'un peu loin, dans une vue d'ensemble. M. le Professeur Tédenat a bien voulu nous confier six observations prises dans son service. Nous insisterons tout particulièrement sur la question du diagnostic et du traitement à instituer. Il ne faut pas laisser à la médecine des cas justiciables de l'acte opératoire ; mais il faut agir avec prudence, faire un diagnostic solidement étayé, et ne pas mériter cette parole de Boix : « Les beaux temps de l'ovariotomie » à outrance sont revenus ; l'appendicite est devenue la poule » aux œufs d'or du chirurgien. »

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous plaçons ici nos 35 observations. Le lecteur pourra se faire une idée clinique de la dyspepsie appendiculaire avant de lire tout ce qui se rapporte à son étude. Nous les avons réparties en deux groupes :

a) Le premier comprend les cas où, durant l'évolution de l'affection, les phénomènes appendiculaires ne se sont jamais manifestés d'une manière assez nette et assez décisive pour que l'attention se soit portée sur eux. Ce n'est que par un examen minutieux et détaillé de la fosse iliaque droite que le chirurgien arrive au diagnostic : en somme, ce sont des formes d'appendicite latente ;

b) Le second est composé des cas où il y a eu des crises appendiculaires précédant une appendicite chronique, ou encore produites par une lésion ancienne. L'appendicite et la dyspepsie sont dans un rapport différent suivant l'évolution symptomatique : 1° la dyspepsie précède l'appendicite ; — 2° la dyspepsie s'installe consécutivement à des crises appendiculaires ; — 3° les deux processus évoluent indifféremment, se mêlant l'un à l'autre.

I

Dyspepsie appendiculaire sans crises appendiculaires nettes.

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat : recueillie par M. Rives, interne du Service.)

Dyspepsie fréquente, coliques, constipation, douleurs abdominales remontant à l'âge de 10 à 12 ans. Appendicectomie. Guérison.

Mlle T. Khas...., 24 ans, étudiante, n'a jamais eu de crise appendiculaire authentique. Elle souffre du ventre depuis l'âge de 10 à 12 ans ; dans sa famille, on l'appelait « le petit ventre ». Il y a quatre ans, elle a eu dans la fosse iliaque droite une vive douleur qui dura trois jours, avec constipation, vertiges, sans nausées. Depuis cette époque, poussées douloureuses à intervalles, l'obligeant à s'aliter. Troubles digestifs multiples tels que : gastralgie, ballonnement après le repas, coliques de siège variable, constipation opiniâtre. Dernière poussée douloureuse il y a quinze jours. La malade mangeait beaucoup de viande.

Examen de la malade, le 23 février 1907. Un peu pâle et amaigrie. Légère résistance musculaire de la paroi abdominale, surtout dans la fosse iliaque droite. Petit boudin profond roulant sous le doigt, exactement au point de Mac Burney ; sur le boudin, la pression est tout spécialement douloureuse, et s'accompagne de fins gargouillements. Le

reste du ventre est indolore à la pression. Le boudin était un peu plus gros et un peu plus sensible lors du premier examen fait quinze jours auparavant par M. le Professeur Tédenat. Il a maintenant les dimensions du petit doigt environ ; pas de ptose.

Langue blanche ; rien à noter du côté du cœur, des poumons, du foie, des reins. Nervosisme accentué, sans crises.

Comme antécédents personnels : Rougeole à 10 ans ; fièvre typhoïde à 6 ans et à 21 ans. Pleurésie gauche, il y a trois ans, sans suites appréciables. Réglée à 17 ans, régulièrement, avec quelques douleurs le premier jour.

Appendicectomie le 27 février 1907. Incision de Jalaguier. Appendice long de 13 centimètres. Méso-colon lipomateux, induré, fixé par des adhérences à la fin du mésentère ; les adhérences saignent. Plaques d'inflammation sur le cœcum, au voisinage de l'appendice.

Suites apyrétiques ; le pouls ne dépasse pas 90. Gaz le premier jour ; selle provoquée par lavement le quatrième jour.

12 mars. — Premier pansement. Réunion *per primam*.

28 mars. — Sortie en parfait état. Depuis, plus de douleur abdominale, appétit excellent ; digestions faciles ; pas de complications.

L'appendice était long, avec folliculite ulcérée par places ; nappes de sclérose : la rétraction scléro-lipomateuse, très accentuée, incurvait fortement l'appendice. C'est une lésion que M. le Professeur Tédenat a souvent notée.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat; recueillie par M. le docteur Dusser.)

Dyspepsie; douleurs abdominales par crises d'une durée de 10 à 15 minutes, plusieurs fois par jour; jamais de crises franches d'appendicite. Appendicectomie; appendice long de 21 centimètres; ptose de l'Siliaque atrophié. Guérison complète.

J. C., ancien avoué, 33 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. A longtemps eu de la diarrhée dans son enfance. Syphilis à 15 ans, étant au lycée, régulièrement soignée pendant 4 ans ; plus aucune manifestation syphilitique depuis l'âge de 18 ans.

Depuis l'âge de 20 ans, dyspepsie avec douleurs après le repas, constipation tenace avec débâcles et quelquefois des membranes. Depuis sept ans, des douleurs abdominales occupant les flancs, la région ombilicale, l'hypogastre, se sont ajoutées aux phénomènes digestifs devenus eux-mêmes plus graves. Dans les crises douloureuses qui reviennent plusieurs fois par jour, durant 15 à 20 minutes, parfois une heure, le malade, assis sur son lit, gémit, fait des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du thorax.

Régime lacté ; régime végétarien ; laxatifs ; saisons à Vichy, Carlsbad, Luxeuil ; électricité ; opium ; bicarbonate de soude à hautes doses après les repas ; tout a été essayé sans résultats ; le malade a dû céder son étude d'avoué. Il a consulté les médecins les plus éminents : l'ayant soigné pendant deux ans sans résultats, l'un d'eux a fini par lui dire : « Vous êtes un hystérique. »

M. le Professeur Tédenat voit le malade le 5 février 1900 ; amaigri, peau sèche, ptose moyenne, battements aortiques ;

on sent à la palpation la moitié du rein droit : la pression modérée sur l'abdomen est partout indolore, sauf dans la région de Mac Burney où, à la palpation, on sent une masse cylindroïde du volume et de la longueur du doigt, douloureuse à la pression, avec gargouillements.

A cause des antécédents syphilitiques, et aucun traitement spécifique n'ayant été fait depuis une dizaine d'années, M. le Professeur Tédenat pratique tous les trois jours une injection sous-cutanée d'hermophényl et donne trois grammes par jour d'iodure de potassium (du 7 au 27 février) ; en même temps, maillot humide de Priessnitz et trois grammes de phosphate de soude après les repas, composés de lait, purées, vermicelles, sans viande. Aucune amélioration ne survient.

Appendicectomie le 4 mars 1900. L'appendice adhère à la la face antérieure du cœcum ; il est décortiqué, lié et sectionné à son insertion sur le cœcum. Méso-appendice épais, dur. L'appendice est d'une longueur rare (21 centimètres). Il présente une collection séro-purulente du volume d'une petite cerise à son extrémité libre ; sur toute la longueur, plaques fibro-nacrées à sa face péritonéale, avec sclérose, à ce niveau, de toute la paroi.

M. Tédenat fait observer l'abaissement du côlon transverse qui plonge dans le Douglas. Le côlon est flasque, de diamètre diminué avec paroi d'aspect épaissi.

18 mars. — Réunion « per primam » : cicatrice parfaite.

Suites. — Le malade a été revu à plusieurs reprises par M. le Professeur Tédenat : la dernière fois, en septembre 1903 (3 ans et demi après l'opération) ; il n'a plus les crises douloureuses : les fonctions gastro-intestinales sont bien améliorées (digestions convenables, constipation légère en prenant de temps à autre lavements ou laxatifs), à la condition que le malade s'abstienne de viande et porte une sangle de Glénard. Au demeurant, très grande amélioration.

Observation III

(Longuet, in *Progrès Médical*, 20 septembre 1902 (résumée.)

Jeune garçon de 17 ans, jadis fort et vigoureux. Actuellement il maigrit d'une façon inquiétante. Plus d'appétit, alors qu'il était très vorace auparavant. A deux reprises, crises « d'indigestion », avec anorexie, constipation, douleurs diffuses, un peu de fièvre. Longuet voyant le malade à la fin de la deuxième indigestion, ne trouve qu'une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite. Les phénomènes s'amendent un peu, mais il persiste un état gastro-intestinal qui s'aggrave progressivement. Langue blanc sale, rouge sur la pointe et sur les bords : pharynx rouge et sec ; estomac douloureux ; digestions pénibles, ne permettant que le lait. Amaigrissement extrême ; on examine à nouveau la fosse iliaque, et l'on trouve de la douleur très nettement localisée au point de Mac Burney.

Appendicectomie le 20 juin 1901. Appendice long (17 centimètres), contenant une boulette fécale ; muqueuse ecchymotique, manquant par places.

Suites. — Excellentes. Disparition de tout trouble digestif ; le 5e jour, l'enfant mange un beefteack ; 8 mois après l'opération, le bon état de santé persiste.

Observation IV

(Longuet, in *Progrès Médical*, 1902.)

Dame de 50 ans ; a eu, il y a 30 ans, une poussée péritonéale dont la cause n'a pu être élucidée. Depuis, troubles digestifs variés, douleurs. La malade était traitée pour coliques hépatiques lorsqu'elle vint voir Longuet.

Examen. — Etat névropathique accentué (hyperesthésie, fourmillements, névralgies, cessation des règles, etc....), difficulté digestive surtout pour le lait ; pyrosis, vomissements alimentaires ; pas d'anorexie ; amaigrissement. De toutes les douleurs hépatiques ressenties par la malade, décélées à la palpation et à la pression, seule persiste une douleur précise au point de Mac Burney.

Différents diagnostics sont proposés ; finalement, on s'arrête à celui de dyspepsie d'origine appendiculaire. Par prudence, on prescrit pourtant un traitement médical de six semaines. Durant ce temps. aggravation de l'état dyspeptique ; révélation plus nette de l'état appendiculaire.

Appendicectomie, mai 1900. Appendice réduit à un moignon long de 2 centimètres, spontanément amputé ; lésions anciennes ; adhérences très nombreuses.

Suites. — Excellentes. Le 5e jour, le lait, qui n'était plus digéré depuis 30 ans, peut être absorbé parfaitement. Rapidement, l'alimentation solide est bien tolérée. La malade, revue depuis, persiste à se bien porter.

Observation V

(Villard, in thèse Goursolas, p. 40.)

Début en novembre 1902 par des douleurs épigastriques. Consécutivement, persistance des douleurs d'intensité variable. En même temps, troubles digestifs, anorexie, lenteur et difficulté des digestions, ballonnement abdominal, nausées, émission de gaz, constipation opiniâtre. Langue saburrale ; ventre souple, un peu douloureux dans la fosse iliaque droite où l'on sent un petit cordon dur roulant sous le doigt. Température restant autour de 37°8, en plateau. Pas d'autres symptômes ; état nerveux excessivement irritable. Villard,

après avoir passé en revue tous les appareils, porte le diagnostic d'appendicite dyspeptique pure et intervient.

Appendicectomie, le 12 février 1903. Péritoine un peu congestionné ; appendice trouvé facilement ; à la coupe, il est oblitéré à son extrémité et un peu épaissi. Histologiquement, il existe dans les parties oblitérées, à la place de la cavité, un bouchon de tissu conjonctif dense avec quelques îlots adipeux et quelques traînées de cellules rondes. Les lésions de la séreuse sont à peine marquées.

Suites. — Normales. Disparition des troubles digestifs et de la constipation. La malade est revue longtemps après l'opération ; la guérison se maintient ; un peu de névropathie persistante.

Observation VI

(Docteur Témoin, de Bourges, in thèse Goursolas, p. 42.)

Malade toujours un peu souffrante ; depuis six à sept ans, troubles constants de la digestion ; lenteur et difficulté ; nausées ; pesanteur stomacale ; ballonnement du ventre après les repas ; douleurs abdominales ; constipation opiniâtre. Insuccès de toute thérapeutique hygiénique, médicamenteuse et thermale.

La malade est observée pendant un an et demi ; douleurs abdominales vagues lorsque la malade a besoin d'aller à la selle ou vient d'y aller ; peut-être un peu d'accentuation de la douleur à droite. Amaigrissement notable, langue un peu saburrale. L'examen physique ne donne lieu à aucun renseignement bien net, sinon la constatation d'une douleur assez marquée à droite.

Toute médication ne donnant aucun résultat notable, on propose à la malade une intervention du côté de l'appendice. Elle accepte.

Appendicectomie, juillet 1900. Appendice volumineux sans adhérences, contenant un gros calcul mobile, libre dans sa loge.

Suites. — Disparition de toutes les manifestations dyspeptiques ; la malade, revue, confirme le retour intégral de ses fonctions digestives. L'observateur met la constipation sur le compte de la douleur produite par les contractions de l'appendice sur le calcul au moment des selles.

Observation VII

(Docteur Témoin, de Bourges, in thèse Goursolas, p. 43.)

Homme de 29 ans, sans antécédents. Depuis deux ans, troubles dyspeptiques ; lenteur et difficulté des digestions ; ventre ballonné après le repas ; nausées : constipation opiniâtre. Douleurs après les repas, tendant à s'accentuer à droite.

Etat général névropathique : pas d'anorexie, mais a peur de manger et s'impose des régimes extraordinaires. Malaises fréquents dans le flanc droit où l'on constate de l'hyperesthésie. Le malade accepte une intervention.

Appendicectomie, février 1903. Appendice replié en crosse derrière le cœcum. Adhérences profondes. Dilatation médiane ; à l'intérieur, un calcul.

Suites. — Normales ; disparition persistante de tous les phénomènes dyspeptiques, et aussi de l'état névropathique où se trouvait le malade.

Observation VIII

(Docteur Chanel, de Tarare, in thèse Goursolas, p. 44.)

Femme de 27 ans, sans antécédents. En mai 1902, apparition de troubles digestifs ; perte d'appétit, vomissements glaireux et alimentaires fréquents ; constipation opiniâtre ;

douleurs abdominales très vives, surtout à droite. Amaigrissement notable. Etat névropathique très accentué : aérophagie, insomnie, hallucinations, mélancolie. Pas de signes physiques de localisation appendiculaire. Pourtant, on propose une intervention.

Appendicectomie, décembre 1901. L'auteur ne donne pas de renseignements sur les constatations faites pendant l'opération et dit simplement avoir pratiqué l'appendicectomie.

Suites excellentes. Disparition complète de tous les phénomènes gastriques et intestinaux. Persistance de l'état névropathique, mais bien diminué.

Observation IX

(Walther, in Congrès de chirurgie, 1898.)

Homme de 37 ans. Letulle constate une dilatation d'estomac s'accompagnant de troubles dyspeptiques très accusés avec phénomènes douloureux se produisant par crises, particulièrement après les repas, sans localisation bien nette.

Deux ans après l'apparition de cette symptomatologie, entre dans le service de Walther, qui constate la présence d'une douleur sourde à la pression, depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque avec irradiations postérieures lombaires. Diagnostic en suspens : diète lactée, repos absolu. Quelques jours plus tard, on arrive à localiser la douleur un peu plus haut que le point de Mac Burney. On sent, en outre, une masse régulière aû niveau du cœcum, que l'on pense être de nature appendiculaire.

Appendicectomie. — On constate la présence d'adhérences évidemment très anciennes, fibreuses, attachant toute la partie inférieure droite de l'épiploon au cœcum et au côlon ascendant, sur une hauteur de 6 centimètres. L'épiploon était

tendu et rétracté, et la traction qu'il exerçait sur l'estomac était assez forte pour qu'en relevant un peu le bord interne de l'incision, l'estomac apparut tiraillé et déformé. L'appendice, examiné histologiquement par Letulle, présentait des lésions d'appendicite ancienne avec folliculite subaiguë récente.

Suites excellentes. Revu trois mois après : appétit revenu, poids normal. Mange et digère toutes sortes d'aliments alors que, à son entrée, il ne pouvait supporter que le lait, le bouillon et les œufs.

Observation X

(Walther, Société de chirurgie, 7 février 1900.)

Homme d'une quarantaine d'années. Chez ce malade, les troubles digestifs étaient arrivés à un tel degré qu'il ne pouvait plus s'alimenter et qu'on avait songé un instant, à cause de l'intolérance gastrique et de l'amaigrissement, à un néoplasme de l'estomac. Walther, se demandant s'il n'y aurait pas quelque trouble du côté appendiculaire, propose une intervention.

Appendicectomie, 1899. — L'appendice, examiné, montre que les deux tiers inférieurs étaient oblitérés ; le tiers supérieur était en pleine folliculite et en large communication avec le cœcum.

Suites. — Disparition des troubles dyspeptiques ; l'appétit revient, le malade a repris ses forces et son embonpoint.

Observation XI

(Walther, Société de chirurgie, 1900.

Femme d'une quarantaine d'années ; souffre depuis l'âge de 24 ans de troubles digestifs ; épigastralgie, sensation de

brûlure ; perte d'appétit, etc. Soignée pour une dilatation d'estomac, les accidents ne disparaissent pas complètement malgré un régime alimentaire approprié. Les phénomènes digestifs s'accentuèrent à la suite de contrariétés et s'accompagnèrent de douleurs au moment de la digestion, épigastriques et abdominales, tantôt diffuses, tantôt prédominantes à droite.

Examinée par Walther : teint terreux très accentué, intolérance pour certains aliments, viandes rouges surtout. Maximum de douleur à la pression dans la région cœcale avec retentissement au creux épigastrique. Observée pendant un mois. Tous ces troubles, mis sur le compte d'état nerveux grave, sont alors rapportés à une appendicite dyspeptique.

Appendicectomie, 1899. — Appendice long, coudé. Un ganglion dans le méso, tout contre l'appendice. A la coupe, piqueté hémorragique de la partie moyenne et une folliculite en pleine évolution sans aucune ulcération de la muqueuse ; points de sclérose. Examen bactériologique par Widal : streptocoque et colibacille.

Suites. — Persistance de l'état nerveux, mais disparition absolue des troubles dyspeptiques ; la malade a repris ses forces ; revue depuis, elle a confirmé ces résultats.

Observation XII

(Ewald. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, 1899, LX, n° 1, p. 80.)

Femme de 30 ans, amaigrie ; douleurs vagues dans tout l'abdomen avec exacerbations atroces au moment de la digestion et de la défécation, mais sans localisation bien déterminée ; anorexie, constipation opiniâtre, système nerveux profondément touché. Ewald examine sans résultat les principaux viscères.

Mais l'exploration de la fosse iliaque droite mit sur la voie du diagnostic. Le cœcum est dilaté et le siège de gargouillements très nets. Tout à côté on sentait un noyau gros comme le pouce, dur et sensible à la pression. Ewald en conclut à une appendicite larvée. Sonnenburg confirme ce diagnostic et pratique l'opération.

Appendicectomie. — L'appendice fut trouvé gros, épaissi et contenant un peu de liquide louche dans sa cavité. Deux petites ulcérations superficielles de la muqueuse.

Suites. — Disparition de tous les troubles. La malade, revue depuis, jouit d'une parfaite santé.

Observation XIII

(Michel et Bichat, *Revue médicale de l'Est*, 1903.

Marie D..., 22 ans. Début, il y a deux ans, par de petites crises de coliques se reproduisant tous les huit ou neuf jours. Les fonctions digestives, jusque-là excellentes, commençaient en même temps à laisser à désirer ; la patiente perdait l'appétit, se plaignait d'éructations et de bouffées de chaleur survenant à la suite des repas : les selles, très régulières auparavant, devenaient difficiles et rares. Elle présente, en outre, des alternatives de constipation et de selles glaireuses. Le diagnostic d'entérite muco-membraneuse est porté. Saison à Plombières sans grands résultats, en 1902.

Actuellement, état général relativement assez bon. Pas de fièvre. Toujours sensation pénible de pesanteur à l'épigastre, à la suite des repas ; digestions un peu lentes et difficiles. Constipation un peu moins opiniâtre : encore des glaires de temps en temps dans les selles. Douleur constante dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit. Les signes physiques se

résument en une douleur à la palpation dans le côté droit. On diagnostique une appendicite dyspeptique pure.

Appendicectomie. — Macroscopiquement, appendice presque normal. Microscopiquement, lésions avancées de folliculite et de sclérose sous-muqueuse.

Suites. — Disparition de tous les troubles gastro-intestinaux ; la guérison peut être considérée comme parfaite.

Observation XIV

(Perairé et Benders, Société anatomique de Paris, 1903.)

Garçon de 15 ans. Depuis six ans, il présentait des troubles gastro-intestinaux, sans crise appendiculaire franche. Il avait des douleurs abdominales, des troubles dyspeptiques vagues, un mauvais état général et de l'amaigrissement progressif tel que l'on pouvait sentir l'appendice dur et roulant sous le doigt.

Appendicectomie. — L'appendice contient des matières fécales agglomérées. Il est dépourvu de muqueuse à son extrémité. Près du cæcum, un rétrécissement ; sur plusieurs points, la muqueuse est boursouflée et tomenteuse. Microscopiquement, on note une infiltration inflammatoire assez considérable du chorion muqueux.

Suites excellentes ; disparition des troubles digestifs.

Observation XV

(Thèse de Rastouil, p. 62.)

Mme D... présente des phénomènes douloureux remontant à une dizaine d'années. Au début, ils duraient deux ou trois jours et ce, tous les trois ou quatre mois ; dans les dernières années, au contraire, elles étaient continuelles et sourdes. Les

douleurs ont toujours présenté les mêmes caractères ; quelques jours avant leur apparition, la malade avait du subictère qui ne se traduisait, d'ailleurs, qu'au niveau des sclérotiques ; puis, la crise apparaissait à l'occasion d'une fatigue, d'un repas le plus souvent. Les douleurs siégeaient dans le côté droit du ventre, mais elles étaient situées haut ; elles consistaient en des sensations de tiraillement et entraînaient parfois des vomissements « pour un rien », d'après la malade. Ces vomissements avaient du reste disparu avant l'opération, mais il persistait des troubles digestifs, des nausées et des phénomènes de pesanteur ou de douleur après l'ingestion des repas (surtout pour les viandes rouges). En même temps, signes cliniques de colite muco-membraneuse. Besnier porta le diagnostic de colique hépatique ; Walther, Jalaguier, Brun, celui d'appendicite chronique.

Appendicectomie, 1899. — Appendice rétrocœcal, long, bosselé, très ascendant. A la coupe, lésions très nettes de folliculite.

Suites. — Disparition simultanée des phénomènes douloureux, des troubles digestifs et de tous les signes de colite muco-membraneuse.

Résultats confirmés depuis.

Observation XVI

(In thèse de Rastouil, p. 73 (très résumée.)

J. C... souffre de douleurs vagues abdominales avec léger point douloureux à droite, à la palpation. Amaigrissement, anorexie, teint terreux, faiblesse générale, difficultés de la digestion.

Appendicectomie, 1899. — Appendice long ; lésions très nettes de folliculite.

Suites. — Disparition de tous les phénomènes.

Observation XVII

(In thèse de Rastouil, p. 74 (très résumée.)

Femme souffrant de phénomènes dyspeptiques depuis cinq ans, avec localisation douloureuse à droite ; amaigrissement ; subictère.

Walther pose le diagnostic d'appendicite chronique.

Appendicectomie, 1900. — Appendice oblitéré à son extrémité. Folliculite à la partie moyenne.

Suites. — Disparition des phénomènes dyspeptiques. Résultats lointains confirmés.

II

Dyspepsie appendiculaire avec crises appendiculaires nettes.

Observation XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.)

Dyspepsie avec douleurs intestinales, constipation, accidents d'entérocolite. Echec des divers traitements pendant 8 ans. Appendicectomie. Guérison.

Emile R..., 34 ans, propriétaire. Dans les antécédents héréditaires, quelques accidents d'arthritisme chez le père. Le malade n'est pas alcoolique, n'a pas fait d'excès de table, bien que mangeant un peu plus de viande que de raison. Pas de maladies antérieures ; santé générale satisfaisante.

Depuis huit ans, digestions lentes, pénibles, avec pyrosis, douleurs intestinales occupant la région ombilicale et les flancs. Constipation avec quelques fausses membranes. Amaigrissement. Le malade a consulté à Avignon, à Nimes, à Montpellier. Il a fait des saisons à Vals, à Vichy, à Plombières, à Luxeuil, suivi un régime sévère ; il n'a jamais eu de bénéfice appréciable des divers traitements employés.

Sur les conseils du docteur Raynal, il consulte le professeur Tédenat qui constate : dilatation légère de l'estomac ; pas de ptose appréciable, un peu de sensibilité dans la région de l'appendice, qui paraît un peu tuméfié avec quelques fins gargouillements. M. Tédenat porte le diagnostic d'appendicite, auquel avait déjà pensé le docteur Raynal. Le malade, très intelligent, affirme n'avoir jamais eu de crise aiguë, si légère soit-elle.

Une douzaine de jours plus tard (10 décembre 1904), crise très nette d'appendicite avec nausées, douleurs vives, constipation, léger ballonnement du ventre. Elle dure cinq à six jours.

Appendicectomie à froid, le 3 février 1905. L'appendice adhère à la face postérieure du cœcum. Collection séro-purulente du volume d'un noyau de cerise à son extrémité distale. Ilots de folliculite érosive avec îlots de sclérose sur la face péritonéale.

Réunion par première intention ; le malade quitta la clinique le 21 mars 1905.

Suites.— Santé générale excellente. Digestions bonnes; plus de douleurs abdominales. Selles régulières. M. R..... a engraissé. Sur les conseils de M. Tédenat, il mange peu de viande, digère parfaitement purées, légumes, fruits. La viande, le poisson ne l'incommodent pas ; il en consomme peu. Il porte une sangle de Glénard et s'en trouve bien.

Observation XIX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, recueillie par M. le docteur Dusser.)

Dyspepsie douloureuse. Points douloureux de siège variable dans l'abdomen. Constipation tenace. Accidents datant de 7 à 8 ans quand surviennent, à quelques semaines d'intervalle, trois crises d'appendicite. Appendicectomie. Guérison.

Auguste Bn..., propriétaire à Nimes. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, rougeole à 8 ans, peu grave. Pas d'alcoolisme, ni de siphylis, ni de rhumatisme. Alimentation habituelle carnée. Depuis 7 à 8 ans, dyspepsie avec douleurs à l'épigastre, survenant une ou deux heures après le repas, ballonnement du ventre, palpitations de cœur, étouffements. Endolorissement habituel dans la région ombilicale. Le malade est très amaigri.

La première crise très nette a eu lieu le 4 août 1905 (nausées, vomissements, douleurs vives) ; glace sur le ventre pendant 4 jours. Seconde crise analogue, le 20 septembre. Troisième crise légère le 8 octobre 1905. Depuis la première crise, l'état de malaise abdominal, de dyspepsie, de constipation est plus prononcé ; le malade est très amaigri.

Examen du malade, 15 octobre. — Paroi abdominale faible, ptose légère. Défense musculaire modérée ; quand on exerce une légère pression dans la fosse iliaque droite, on sent un menu boudin roulant sous le doigt, douloureux. Le cœcum est dilaté, mais souple. Les souffrances durant depuis sept à huit ans, malgré un régime sévère et des traitements variés, le malade réclame une opération, d'ailleurs indiquée par les crises répétées d'appendicite survenues dans les deux derniers mois.

Appendicectomie, 24 octobre 1905. L'appendice adhère à la

face postérieure du cæcum : il est gros comme le petit doigt, long de 10 centimètres avec des bandes circulaires de sclérose, des érosions folliculaires. Son méso est épais et dur. Guérison sans incidents, avec cicatrice parfaite le 10 novembre.

Suites. — Le malade écrivait à M. Tédenat (12 janvier 1908) : « Mes digestions sont parfaites, je ne souffre plus du ventre et peux faire de grandes courses à pied, chasser, aller en voiture, en automobile. La constipation est exceptionnelle. Je continue à porter la sangle de Glénard ; je mange peu de viande et seulement au repas de midi. »

Observation XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, recueillie par M. Rives, interne du service.)

Troubles dyspeptiques et douleurs abdominales, datant de plus de 25 ans Accidents d'appendicite remontant à 5 mois. Appendicectomie. Guérison.

Mlle Marie S..., 51 ans, d'Ille-sur-Têt, entre le 26 mars 1907. Rien à notêr du côté de l'hérédité. Réglée à 13 ans, assez régulièrement. Depuis l'âge de 25 ans, digestions lentes, douloureuses, avec douleurs fréquentes dans le ventre. Elles occupent le plus souvent la région ombilicale et aussi les flancs. Constipation tenace.

A noter encore : à 37 ans, congestion pulmonaire avec hémoptysie. Mêmes accidents à 39 ans. Il y a trois ans, fluxion de poitrine. La constipation toujours tenace impose des lavements, des laxatifs fréquents. Peu d'appétit, digestions lentes avec douleurs terribles, qui durent quatre ou cinq heures après le repas.

Le 26 novembre 1906, violente crise d'appendicite avec fièvre, vomissements ; douleurs abdominales ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite et s'irradiant à l'épigastre,

à l'ombilic. Durée, 8 jours. Au commencement de février, crise analogue moins violente, qui dure une douzaine de jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital (26 mars 1907), la malade est pâle, amaigrie. Respiration rude, expiration prolongée aux deux sommets. Pouls à 100 : apyrexie. Pas de ballonnement du ventre, pas de résistance musculaire de la paroi. Empâtement au point de Mac Burney où la pression est peu douloureuse.

Appendicectomie, 6 avril. — Incision de Roux. Les anses intestinales sont météorisées, congestionnées ; adhérences nombreuses récentes et anciennes qu'il faut rompre pour attirer le cæcum au dehors. Appendice épais, court, tordu par la rétraction de son méso. Quelques plaques d'aspect tuberculeux sur le cæcum et la fin de l'iléon. Elles sont touchées avec une solution forte de phénosalyl (1/5), suture de la plaie sans drainage. Au 3e jour, 39°5, sans réaction péritonéale.

15 avril. — Premier pansement. Un peu de tension avec rougeur des lèvres de la suture. On enlève la moitié des fils. Température normale.

18 avril. — Quelques gouttes de pus aux deux points inférieurs. Pansement tous les huit jours. Cicatrisation complète le 6 mai.

Suites. — Depuis son opération, la malade n'a plus aucune douleur, a beaucoup plus d'appétit, digère bien, n'est pas constipée. Elle a engraissé de 4 kilos (novembre 1907).

Observation XXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, recueillie par M. le docteur Dusser.)

Dyspepsie douloureuse ; constipation datant de 10 ans. Violentes crises d'appendicite avec pour suite aggravation de la dyspepsie, des douleurs abdominales. Extirpation de l'appendice un an après Guérison.

Mlle Blanche E..., 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont morts âgés, un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, réglée à 13 ans, régulièrement, sans leucorrhée. Depuis une dizaine d'années, constipation habituelle, dyspepsies fréquentes avec digestions lentes, douleurs gastriques après le repas, bouffées de chaleur, pesanteur abdominale, coliques fréquentes : assez souvent, glaires abondantes dans les matières fécales.

Le 20 avril 1904, crise violente d'appendicite avec ballonnement du ventre, vomissements répétés, fièvre, pouls à 120. Etat général grave. Le docteur Bourguet fait appliquer des vessies de glace. Un chirurgien de Montpellier, appelé en l'absence de M. Tédenat, déclare le cas désespéré et la malade perdue (25 avril). La crise prend fin et tout danger a disparu le 2 mai.

Depuis, la malade éprouve des douleurs sourdes dans le bas-ventre, les reins ; plus vives au moment des règles. Appétit mauvais, digestions lentes, pénibles ; constipation tenace. Le lait, les purées légères sont seuls supportés ; la malade est amaigrie, nerveuse, affaiblie.

M. Tédenat la voit en consultation avec le docteur Bourguet le 10 mai 1905 : douleur dans la fosse iliaque droite où, profondément, existe une masse du volume d'une grosse noix, un peu mobile, très douloureuse à l'exploration. Malgré

état de virginité, l'exploration combinée est pratiquée et montre l'intégrité de l'utérus et des annexes. Le diagnostic avait jusque là hésité entre appendicite et salpingovarite : l'appendicite est incontestable.

Appendicectomie, 1er juin. — Quelques adhérences du cœcum avec la paroi abdominale et la fin de l'iléon. L'appendice, long de 0 m. 10, porte un petit abcès du volume d'une cerise à sa pointe. Sa paroi présente plusieurs îlots de sclérose, concrétion dure de la forme d'un noyau d'olive.

15 juin. Guérison sans aucun incident.

Suites. — Depuis lors, Mlle B. E.... jouit d'une bonne santé : digestions faciles, pas de constipation, vie active. Elle porte une sangle de Glénard à cause d'une très légère ptose et surveille son alimentation qui est surtout végétale, mais peut-être abondante.

Observation XXII

(Longuet, in *Progrès Médical*, 20 septembre ; résumée.)

Jeune fille de 19 ans, qui fut adressée à Longuet pour amaigrissement progressif et dénutrition inquiétante, datant de longtemps. Puis, entre 16 et 19 ans, trois crises d'appendicite inquiétantes. Dans l'intervalle, troubles gastriques accentués, anorexie, lenteur de digestions, intolérance pour la plupart des aliments, qui laissaient une sensation de barre sur l'estomac. Dans la défécation parfois, un peu de sensibilité de la fosse iliaque droite ; du reste, constipation opiniâtre.

L'examen physique montre : un état saburral de la langue, l'estomac ni sensible ni dilaté, distension du côlon avec gargouillement. Pas de signes de colite muco-membraneuse. L'appareil génital paraît hors de cause. Dans la fosse iliaque droite, à la palpation profonde, point de Mac Burney douloureux, douleur persistant pendant quelques minutes.

Longuet pense que les troubles dyspeptiques sont engendrés par l'appendicite chronique diagnostiquée sur la présence de douleurs actuellement et de crises anciennes, et intervient.

Appendicectomie, 1900. — Adhérences nombreuses, pas de sténose ou calculs appendiculaires ; traces hémorragiques. Examen microscopique : folliculite chronique.

Suites bonnes. — Spontanément, disparition de tout trouble digestif. Embonpoint ancien facilement retrouvé. La malade, revue, se maintient dans des conditions excellentes.

Observation XXIII

(Siredey. *Bulletin de la société médicale des Hôpitaux*, 20 nov., p. 1277 ; très résumée.)

A. B..., jeune homme de 20 ans ; pas d'excès d'alimentation, a toujours souffert de l'estomac ; vomissements fréquents.

Siredey fut appelé un jour, novembre 1896, pour une « indigestion » et trouva de la douleur très nette au point de Mac Burney. La crise cesse rapidement. Quelques mois plus tard, même tableau. La famille refuse toute intervention.

Le jeune homme fait son service militaire, revient avec une « maladie d'estomac ». Digestions pénibles, douloureuses ; vomissements. Les régimes les plus légers, les médications les plus intenses sont sans effet. Toujours de la douleur au Mac Burney, à la pression profonde. Le malade finit par demander une intervention.

Appendicectomie, 1902. — Appendice long et grêle, remarquablement sclérosé, pas d'adhérences ; foyers de folliculites.

Suites excellentes, persistant un an après. Le malade mange, marche, travaille comme tout le monde.

Observation XXIV

(Villard, in thèse Goursolas, p. 52.)

Homme de 33 ans. Depuis 13 ans, a vu s'établir quelques troubles digestifs caractérisés par une constipation des plus opiniâtres qui est allée sans cesse grandissante. A certains moments, surviennent des douleurs abdominales vagues, des coliques s'accompagnant de ballonnement du ventre et d'anorexie pendant quelques jours. Jusqu'au mois de juin 1902, il n'a pas remarqué qu'il souffrit plus du côté droit que du gauche. A cette époque, survient chez lui une crise aiguë caractérisée par un début subit, par des douleurs abdominales vives, par des nausées. Il reste deux jours au lit et une semaine à la chambre. Le médecin consultant porte le diagnostic d'appendicite.

Depuis lors, les phénomènes digestifs se sont considérablement aggravés, la constipation est devenu absolue et résiste à presque tous les moyens. L'appétit a disparu, l'ingestion des aliments s'accompagne de pesanteur à l'épigastre, de ballonnement du ventre, de somnolence, d'aérophagie très accentuée. Quelques phénomènes de cystite sont survenus également, sans qu'on puisse les rattacher à une cause précise.

Amaigrissement considérable : 10 kilos en trois mois. Perte des forces. Impuissance génitale. L'examen du ventre révèle un point douloureux très net dans la fosse iliaque droite.

Appendicectomie. 1902. — L'appendice volumineux, épaissi par des exsudats sous-péritonéaux, contient deux à trois gouttes de pus.

Suites excellentes. Le malade, revu un mois après, a repris deux kilogrammes, l'appétit est revenu, la constipation qui

datait de 10 ans a disparu complètement. Un mois après, on revoit encore le malade, appétit et digestions normales, selles régulières.

Observation XXV

(Villard, in thèse Goursolas, p. 53.)

Homme de 40 ans. Depuis 20 ans est atteint de constipation rebelle. Depuis 10 ans, présence de douleurs vagues dans le côté droit. En outre, troubles digestifs, tels que lenteur dans les digestions, pesanteur après les repas, état saburral. Il y a du ballonnement abdominal.

30 mai 1902. — Crise d'appendicite aiguë franche. Symptômes abdominaux graves. Vomissements porracés. Météorisme abdominal. Arrêt des matières et des gaz. Température élevée, pouls à 120.

Appendicectomie, 1902. — Ouverture d'une collection de la fosse iliaque droite. Résection de l'appendice. Villard n'indique pas l'absence de lésions de folliculite chronique.

Suites excellentes. Six mois après, le malade est revu. On constate la disparition des troubles digestifs, l'état normal de l'appétit et de la digestion. Il persiste un léger degré de constipation, mais très atténué.

Observation XXVI

(Docteur Témoin, in thèse Goursolas, p. 56.)

Homme de 20 ans, tempérament névropathe. En mai 1903, le malade présente tous les signes d'une crise appendiculaire.

Depuis, l'amélioration n'est pas revenue. Les digestions sont lentes et pénibles. Après les repas, il y a du ballonnement du ventre, des nausées, des éructations sonores et fré-

quentes sur lesquelles insiste tout particulièrement le malade.

L'appétit a disparu. Intolérance élective pour les viandes et le vin rouge, qu'il ne peut supporter depuis le début précis de sa maladie. Douleurs épigastriques en dehors des repas. Constipation.

Evolution lente et progressive. Amaigrissement rapide ; un kilogramme en six jours. De temps en temps, douleurs ; pas de crises nettes. On porte, en juillet 1903, le diagnostic d'appendicite dyspeptique.

Appendicectomie, 1902. — Appendice épaissi et présentant des lésions de sclérose à son extrémité.

Suites, excellentes. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, selles normales, digestions faciles, appétit revenu.

Observation XXVII

(Docteur Témoin, in thèse Goursolas, p. 57.)

Fillette de 10 ans, opérée d'appendicite en octobre 1899 par Barnsby (de Tours), la malade étant dans un état de cachexie profonde. Un demi-litre de pus s'écoule par la plaie. Draînage, fistule pendant deux mois et demi.

Mais depuis ce temps, l'enfant ne reprend pas. Elle accuse une constipation habituelle et opiniâtre, des troubles dyspeptiques. Tous les huit jours environ, elle a de petites crises, avec nausées, vomissements, douleurs vagues tantôt à droite, tantôt à gauche, donnant à peu près la symptomatologie d'une indigestion.

Vue par Témoin (de Bourges), le 10 mars 1900. Le diagnostic est hésitant. L'ensemble symptomatique ne présente rien de caractéristique, au point que l'on pense un instant à une néphroptose à gauche, s'accompagnant de troubles digestifs

et douloureux variés. Un examen plus minutieux et souvent répété fait reconnaître une douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, avec peut-être un léger empâtement. Devant ce signe positif, Témoin porte le diagnostic d'appendicite latente récidive post-opératoire. Ses collègues, Bailly et Barnsby partagent cette opinion.

Appendicectomie. — L'opération est faite le 18 mars 1900. Le ventre ouvert, le cœcum apparaît nettement avec son appendice libre, sans adhérences aucunes, paraissant sain ; mais en le tirant, il apparaît plus gros et porte à son extrémité un renflement gros comme une lentille que l'on trouve rempli de pus, et c'est tout. Résection de l'appendice.

Suites. — Excellent résultat. Disparition de tout trouble digestif.

L'auteur fait suivre son observation des réflexions suivantes : « Après une grande suppuration, l'appendice peut donc rester complet, sans adhérence aucune et rester aussi dangereux que si la poche suppurée n'avait pas été ouverte. L'appendice mesurait 8 centimètres. Ne peut-on supposer que si l'extrémité malade de l'appendice avait été éliminée au moment de la première intervention, on eût pris ensuite cet ensemble symptomatique si vague pour toute autre chose qu'une récidive d'appendicite ? »

Observation XXVIII

(In thèse Levreg.)

Enfant de 15 ans, crise aiguë d'appendicite datant de six mois, après laquelle la santé n'est jamais redevenue complète ; l'enfant était souvent repris de douleurs sourdes avec prédominance à droite ; ces douleurs survenaient d'ordinaire après les repas. Parfois des nausées. Constipation à peu près

absolue. Troubles dyspeptiques. L'état général devenant mauvais, Tillaux voit le malade et décide une intervention.

Appendicectomie, 1897. — L'appendice est turgescent. De plus, on trouve l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon par une large zone encore enflammée.

Suites. — Disparition complète de tous les symptômes.

Observation XXIX

(Siredey. *Soc. médicale des Hôpitaux* ; très resumée.)

Il s'agit d'une femme que Siredey a pu suivre de 1888 à 1903. Déjà, en 1888, elle avait eu des crises névralgiques dans la région épigastrique, avec des troubles digestifs remarquables surtout par leur caractère capricieux. « Certains mets, réputés indigestes, étaient admirablement supportés, tandis que des mets choisis, mangés sans répugnance, provoquaient des malaises accentués ». Constipation ; amaigrissement notable.

En 1895, abcès intra-péritonéal, le pus aurait été du pus intestinal, on prononce alors pour la première fois le nom d'appendicite.

En 1896, subitement, douleur au Mac Burney, empâtement de la fosse iliaque droite. En 1897, nouvelle crise. Entre temps, les phénomènes dyspeptiques prennent une prépondérance absolue. Fréquence des vomissements. Siredey insiste particulièrement sur l'allure capricieuse de l'intolérance digestive.

En 1900, deux crises. En 1901, les troubles gastriques tiennent le premier rang. Les douleurs sont celles des affections ulcéreuses de l'estomac.

En 1902, amélioration légère de l'état digestif ; pleurésie purulente gauche.

Appendicectomie par Walther, 1903. — Appendice long de 14 centimètres, pas de fausses membranes ; petits calculs, nodules irréguliers. Folliculite chronique.

Suites bonnes. La malade digère mieux sans être pourtant guérie complètement.

Observation XXX

(In thèse de Wagron ; personnelle ; résumée.)

Jeune homme de 17 ans, douleurs abdominales et troubles dyspeptiques marqués pendant son enfance.

Depuis deux ans, intensité croissante des troubles digestifs. Appétit très capricieux ; alternatives d'inappétence et de boulimie. Deux ou trois heures après les repas, sensation pénible de pesanteur stomacale, de gêne avec étourdissements, vertiges. Assez souvent, ces phénomènes ont abouti à de véritables indigestions, à la suite d'ingestion d'aliments trop lourds malgré l'observance d'un régime diététique assez sévère. Selles régulières. Un peu de névropathie.

En juillet, septembre, octobre 1903, trois petites crises légères de douleurs appendiculaires. Entre temps, diarrhée assez forte (suite d'examen).

Aggravation des phénomènes digestifs qui deviennent électifs ; le pain et la viande ne peuvent pas être supportés. A l'examen physique on constate seulement un point douloureux appendiculaire.

Appendicectomie, 1904. — Appendice avec épaississement de la muqueuse, devenue gris-terne ; folliculite chronique hémorragique.

Suites excellentes. Revue par Walther un an après, excellent état du tube digestf. Plus de troubles digestifs.

Observation XXXI

(Wagron, thèse de Paris, obs. personelle ; résumée.)

Femme de 42 ans. Depuis plusieurs années, crises douloureuses dans la fosse iliaque droite ; pression pénible au point de Mac Burney. Dans l'intervalle des crises, constipation.

Troubles digestifs ; anorexie élective ; digestion lente, pénible, surtout pour certains aliments ; le lait est supporté ; les œufs sont trop lourds. En septembre, légère crise d'appendicite aiguë ; état nauséeux, fièvre légère, douleurs exquises au point de Mac Burney. Disparition rapide des phénomènes ; mais l'estomac est toujours très douloureux, fonctionne très mal, au point que si la malade prend son lait irrégulièrement (plus d'un verre par heure), les vomissements apparaissent.

Appendicectomie à froid, 1904. — Appendice bridé et courbé par une adhérence, extrémité supérieure en érection ; vascularisation intense. Parois épaissies, folliculite, ulcération de la muqueuse.

Suites. — Résultats bons. Revue un an après l'opération. Les digestions se font bien ; elle ne souffre plus de l'estomac, mange de tout sans inconvénients. Appétit excellent.

Observation XXXII

(Villard, in thèse Goursolas ; résumée.)

Homme de 25 ans. Pas d'antécédents ; un peu névropathe.

En septembre 1901, crise de coliques douloureuses durant trois jours, prédominance à droite.

Dès lors, perte d'appétit, digestions laborieuses, nausées, ballonnement, pesanteur gastrique, constipation opiniâtre. Entre temps, petites crises de coliques à droite. Entre à l'hôpital en avril 1902, anémiée, pâle, maigre. Etat saburral, anorexie, digestions difficiles. Constipation, pesanteur à l'épigastre et dans l'hypocondre droit.

La palpation donne la sensation d'un boudin dans la région appendiculaire, avec sensibilité douloureuse au point de Mac Burney.

Villard porte le diagnostic d'appendicite dyspeptique alternante.

Appendicectomie, 1902. — Appendice sans adhérences, mais augmenté de volume ; infiltration folliculaire ; cocci, coli, streptocoques dans le pus trouvé à la coupe.

Suites excellentes. Revu un an après, le malade écrit : « Tous les symptômes digestifs ont disparu. La constipation a cessé de suite après l'opération. J'ai repris de l'appétit, mange et digère bien ». L'amaigrissement a rétrocédé.

Observation XXXIII

(Villard, in thèse Goursolas ; résumée.)

Homme de 53 ans. Antécédents d'entérite ; constipation habituelle, pas de symptômes actuels de colite muco-membraneuse.

Deux ans avant l'entrée à l'hôpital, anorexie, digestions difficiles sans vomissements. Ne prend que du lait et des œufs, et encore avec du ballonnement marqué du ventre et pesanteur de l'estomac.

Entre temps, petites crises de coliques (indigestions).

En juin, septembre, novembre, crises aiguës avec douleurs

à droite, vomissements, fièvre. Aggravation des troubles digestifs.

Entre à l'hôpital avec un ensemble de troubles dyspeptiques intenses. Rien dans la fosse iliaque droite, si ce n'est une sensibilité exquise à la décompression brusque.

Appendicectomie, 1902. — Appendice rouge, tuméfié à la pointe, adhérences.

Suites excellentes. Disparition des troubles dyspeptiques, augmentation de poids (5 kilogrammes en un mois). Constipation très améliorée, persiste un peu.

Observation XXXIV

(Jalaguier, *Soc., de chir.*, 14 février 1900.)

Homme de 42 ans ; atteint depuis six ans de troubles gastro-intestinaux attribués à de la dyspepsie et caractérisés par des crises douloureuses avec ballonnement du ventre. A la fin de novembre 1899, crise un peu plus forte avec prédominance de la douleur à droite, au point de Mac Burney. Delanglade (de Marseille) porte le diagnostic d'appendicite.

Le 3 janvier, Jalaguier trouve un appendice dur et roulant sous le doigt. « J'ai conseillé l'intervention, car l'expérience m'a appris que dans les cas de cette catégorie, une crise aiguë est toujours menaçante et que, d'autre part, l'excision de l'appendice chroniquement enflammé suffit à faire disparaître la plupart, sinon la totalité, des accidents dyspeptiques. »

Appendicectomie, 1900. — Lésions de l'appendice montrant un processus ascendant d'oblitération.

Suites. — Disparition persistante des troubles digestifs.

Observation XXXV

(In thèse Montais, Paris, 1900 ; résumée.)

Depuis longtemps, embarras gastriques légers. En juin 1892, crise brusque de douleurs abdominales avec nausées, frissons. Langue sale, ventre sensible, surtout à droite. On pense à une néphroptose. Les crises se rapprochent malgré le port d'une ceinture, un traitement médical et un régime rapidement inefficaces.

Les troubles digestifs d'abord contemporains des crises, persistent après elles. Anorexie, intolérance élective pour la viande, le vin, les sauces. Cure de Vichy sans résultats.

En 1898, nouvelle crise, point douloureux au niveau du Mac Burney.

Régime sévère, lait, bouillies, grands lavages du côlon : aucun résultat. Walther, malgré l'avis de Mathieu, étant donné l'amaigrissement progressif, intervient.

Appendicectomie, 1898. — Appendice long, oblitéré à son extrémité, contenant trois calculs stercoraux.

Suites bonnes. Guérison absolue. Dix-huit mois après l'intervention, tolérance parfaite des aliments les plus indigestes et les plus susceptibles de provoquer l'intolérance intestinale.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Dans la dyspepsie appendiculaire, il y a deux sortes de facteurs à noter au point de vue étiologique.

I. — Les premiers sont ceux qui déterminent soit d'emblée, soit consécutivement à des phénomènes aigus, une appendicite chronique ; ils font partie de son étude et n'ont pas lieu d'être particulièrement signalés ici. Il suffit de se reporter aux notions étiologiques bien connues et dont l'aboutissant commun est l'infection.

II. — Les autres se rapportent plus spécialement à la dyspepsie appendiculaire. Cette affection est moins rare que ce que l'on croyait tout d'abord. C'est que l'on arrive à la dépister plus facilement ; on songe, en présence des troubles gastro-intestinaux, à faire un examen patient, minutieux et méthodique de la région appendiculaire. Les observations publiées se font plus nombreuses, en même temps que se rétrécit le cadre de ces dyspepsies, dont la nature intime semblait inexplicable.

Il n'y a rien de particulier sur les considérations étiologiques d'âge et de sexe. Plus fréquente peut-être entre 25 et 35 ans, la dyspepsie se constate souvent chez les gens d'un âge plus avancé.

Il est vrai d'ajouter que dans ces derniers cas, ce sont des malades qui traînent déjà depuis longtemps une affection,

dont le début paraît bien lointain (Obs. XI, XV, XXV, XXXV) Le dyspeptique ne s'adresse au chirurgien qu'après avoir erré de ville d'eau en ville d'eau ; après s'être inutilement débattu au milieu de médications multiples, tout au moins insuffisantes, si elles ne sont pas inutiles. Il ne constitue pas du reste, comme le veut Goursolas, une « clientèle de ville » et on le rencontre aussi bien à l'hôpital.

Il faut invoquer naturellement ici le rôle du neuro-arthritisme. Constatons aussi que, chez beaucoup de malades, il existe un état névropathique accentué. On peut le comprendre de différentes façons. Les uns sont des tempéraments nerveux, hypérexcitables, qui exagèrent leurs symptômes dyspeptiques fonctionnels et permettent ainsi à la symptomatologie gastro-intestinale de prendre ce caractère prépondérant et dominant, qui est la caractéristique de la dyspepsie appendiculaire. Il semble que ce terrain névropathique soit en même temps qu'une prédisposition véritable, un élément qui donne à la manifestation dyspeptique une intensité particulière.

Chez d'autres, les phénomènes nerveux s'implantent en même temps que le trouble des fonctions digestives : il est difficile de déterminer alors leur influence réciproque et il semble qu'entre eux il y ait surtout un échange de mauvais procédés. La lésion appendiculaire doit certainement jouer un rôle, puisque, du fait de l'opération, l'état névropathique disparaît et tout semble rentrer dans l'ordre normal (Observation VII). Parfois, il y simplement amélioration ; parfois persistance (observations V, XI). Donc, il faut considérer les troubles nerveux comme étant tantôt un élément de réceptivité, vis-à-vis de la dyspepsie appendiculaire, tantôt une simple conséquence, curable par l'intervention opératoire.

Cette affection entre en scène d'une façon insidieuse : on peut relever dans les antécédents des malades des signes de

fragilité des voies digestives sans cause bien apparente ou consécutifs à une affection gastro-intestinale ancienne : constipation, entérocolite, maladies infectieuses à prédominance ou localisation digestive, comme la grippe, la fièvre typhoïde, etc., ou à des excès alimentaires.

Il faut donner à tout cela le rôle de terrain prédisposant, rien de plus ; s'il y avait vraiment atteinte primitive du tube digestif, on n'obtiendrait pas, du fait de l'appendicectomie, une disparition totale des troubles et une guérison ou une amélioration persistantes.

C'est ce qui explique que si nous rencontrons dans nos observations des symptômes d'entéro-colite (obs. XVIII, XIII, XVI), nous ne les comprenons que comme résultant de l'infection appendiculaire. On peut, en effet, sur la question classique des rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite, rappeler les trois théories en présence.

I. *Entre ces deux affections, il n'y a aucun rapport* (Dieulafoy) ; II. *L'appendicite n'est que l'aboutissant d'une entéro-colite* (mais peut secondairement jouer le rôle d'épine irritative et entretenir la lésion causale) [Reclus, Comby, Jalaguier] ; III. *L'appendicite est le facteur de l'entéro-colite* (Walther, Tripier, Tédenat).

I. — Les idées de Dieulafoy sont trop exclusives. De ce que l'appendicite n'est pas le facteur unique de l'entéro-colite ; de ce que l'appendicectomie ne guérit pas forcément cette affection (l'appendice enlevé étant parfois sain même microscopiquement), il ne faut pas conclure qu'il en soit toujours de même dans tous les cas.

II. — La théorie de Reclus est vraie dans certains cas.

III. — Dans nos observations, s'il y a eu parfois de l'entéro-colite, elle a toujours cédé à la résection de l'appendice ; c'était une complication qui pouvait simplement ren-

dre plus délicates les conditions du diagnostic. Elle n'entre donc pas pour une part importante dans la dyspepsie appendiculaire. On peut se reporter à la thèse expérimentale de Beaussenat sur cette question pathogénique.

Signalons encore la présence, dans certains cas, de ptoses viscérales (obs. II).

Telles sont donc les quelques conditions un peu vagues, on le voit, qui fixent l'étiologie de la dyspepsie appendiculaire. Faut-il invoquer une microbiologie spéciale, comme valeur ou intensité des microbes qui ont déterminé l'infection de l'appendice ? Il semble que non. Il serait intéressant d'isoler des toxines dont l'action serait élective sur les centres gastro-intestinaux moteurs, sensitifs et sécrétoires. Dans tous les cas où l'on a pu faire un examen microbiologique, on n'a rien trouvé qui puisse contenter cette hypothèse. Ce sont les agents infectieux ordinaires de l'appendicite chronique qui ont déterminé des lésions dont nous allons maintenant essayer d'apprécier le rôle.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Il paraît évident que l'appendice malade puisse amener des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, puisque sa résection amène la disparition définitive de ces mêmes troubles. On peut rapprocher la dyspepsie appendiculaire de la dyspepsie d'origine utérine, qui est admise aujourd'hui par la plupart des chirurgiens, comme les autres dyspepsies d'origine viscérale (Tédenat, Bouisson, Siredey, Delbet).

Mais il ne suffit pas de constater une relation entre ces deux affections, il s'agit d'expliquer le mode et les voies d'action de l'appendice malade sur le tube gastro-intestinal. On peut admettre différents facteurs que nous ramènerons à trois :

I. — *Action mécanique.*
II. — *Action infectieuse.*
III. — *Action réflexe.*

Le tout évoluant avec prédominance partielle ou totale d'un des facteurs, ou bien coexistence de leur action. Cette action semble facilitée par une prédisposition névropathique, par l'entéroptose qui peut, du reste, procéder de l'affection elle-même.

I. — Walther attache une très grande importance aux troubles dus à une action mécanique. C'est là que l'on peut consta-

ter l'action pathogénique la plus nette. Il aurait, dit-il, retrouvé ce facteur dans 18 cas sur 83 maladies (Levreg).

Cette action mécanique est due aux adhérences de l'épiploon et du gros intestin ; elles déterminent des coudures et des tiraillements : ces derniers agiraient du reste de façon réflexe et non exclusivement mécanique.

Les adhérences agissent ainsi : traction sur l'estomac déterminant une véritable gastroptose (obs. IX) ; traction sur l'intestin avec coudure consécutive d'une partie du côlon. D'où, progression plus lente des matières fécales qui peut expliquer la ténacité de la constipation. Cette théorie n'est pas le fait de Walther, puisque Glénard l'avait déjà signalée en parlant des entéroptoses déterminées par d'anciennes inflammations abdominales. On peut admettre que ces organes ainsi modifiés dans leur direction, leur capacité, leur fonctionnement physiologique, puissent manifester leur souffrance par une réaction dyspeptique (Levreg).

C'est en somme par un mécanisme analogue que Paul Delbet explique certaines dyspepsies de nature utéro-ovarienne ; il en donne des preuves cliniques et expérimentales. Il raconte l'histoire d'une jeune femme qui, après avoir subi les atteintes d'une endométrite puerpérale et d'une salpingite suppurée, présenta toute la symptomatologie d'une dyspepsie intense. On intervient et l'on trouve une dilatation de l'estomac très prononcée, puisque la grande courbure vient effleurer le pubis. « Du bord inférieur de l'estomac partait une série de brides tendues, adhérentes à la partie antérieure de l'excavation pelvienne. » Après rupture des adhérences, la guérison fut obtenue d'une façon définitive.

Delbet fit des tractions sur l'épiploon en expérimentant sur des cadavres. L'effet de la traction s'exerçait sur la grande courbure et déterminait, par suite, deux coudures : l'une au niveau du pylore, l'autre entre la portion fixe et la

portion libre du duodénum. Par suite, stagnation plus ou moins grande des aliments et dilatation, passagère d'abord, permanente ensuite ; la fermentation alimentaire pouvant aussi jouer un rôle.

On peut encore, à côté de la traction exercée sur les différentes portions du tube digestif par l'épiploon, étudier le rôle de la péritonite localisée autour du cœcum et de l'appendice ; ces deux organes sont, par suite, immobilisés dans une situation particulière (Cotar). Le moindre déplacement détermine une traction intestinale qui se manifeste de la même façon que dans les adhérences épiploïques. Ce sont les « restes permanents » d'un processus inflammatoire local, depuis longtemps éteint. « Ils peuvent, dans certains cas, dit Lejars, dans son étude sur les adhérences péritonéales et les accidents qu'elles déterminent, revêtir une physionomie gastrique, où l'élément causal passe complètement inaperçu. » Cette anomalie pathologique de la situation de l'appendice et du cœcum peut, par répercussion et trouble fonctionnel intestinal, amener des troubles gastriques. Hoecheneg a retrouvé des dispositions semblables, simplement anatomiques et non consécutives à une lésion inflammatoire de l'appendice, dans ces cas d' « appendalgie », s'accompagnant de phénomènes dyspeptiques prédominants qu'il a décrits dans le *Wien-Wochenschrift,* 1905.

Walther avait donc raison d'insister, à la Société de chirurgie, sur cette interprétation pathogénique. Mais, on rencontre ces phénomènes de dyspepsie chez des gens qui n'ont jamais eu de péritonite, et chez lesquels au cours des laparotomies, on ne rencontre pas d'adhérences. Elle ne suffit donc pas à expliquer la totalité des faits et il faut rechercher d'autres facteurs.

II. — L'action toxi-infectieuse de l'appendicite sur l'économie générale est bien admise depuis Dieulafoy. Nulle part,

elle n'apparaît plus nette que dans les formes aiguës ; elle peut alors déterminer sur l'estomac de véritables lésions de gastrite, avec variabilité très grande d'altération anatomique, tout comme sur le foie, les plèvres, les reins.

Il est difficile d'expliquer les troubles qu'elle occasionne à l'état chronique, alors que la marche de la toxi-infection est lente, sa virulence peu intense, ses manifestations très insidieuses. On peut lui considérer deux rôles :

a) l'un sur l'économie générale de l'organisme ; *b*) l'autre, un peu plus électif, ayant une action directe sur les centres moteurs et sécrétoires de l'estomac et de l'intestin.

a) L'intoxication de cause appendiculaire peut revêtir un caractère extrêmement grave, tout en conservant une allure essentiellement chronique. Ce qui montre bien l'intensité de l'attaque de l'organisme et l'énergie, variable, du reste, de la réaction de défense, c'est l'abondante leucocytose que l'on peut rencontrer dans le sang, et sur qui certains auteurs insistent pour rendre plus facile le diagnostic (Barth). La constipation tenace qui fait fidèlement partie des manifestations de la maladie, constitue souvent de la stercorémie ; de même que dans la dyspepsie des urinaires il faut reconnaître à l'urémie un rôle actif. Or, dans les intoxications profondes, n'est-ce pas l'estomac, le tube intestinal qui réagissent les premiers ? il ne faut donc pas nous étonner si le syndrome dyspepsie est prépondérant, et ses manifestations au premier plan. Souvent, du reste, il y a eu des excès alimentaires, de la fatigue du tube digestif et les effets toxi-infectieux de l'appendicite chronique s'exerçant ainsi sur un terrain plus fragile, n'ont point eu de peine à créer une perversion des actes de la digestion.

b) Le rôle toxi-infectieux s'exerçant de façon élective sur les centres moteurs et sécrétoires gastro-intestinaux est plus hypothétique. Longuet a cité un cas (obs. III) « où l'affec-

tion se comporta comme si une neuro-toxine bactérienne sécrétée au niveau de l'appendice, et resorbée par voie sanguine et lymphatique, exerçait son action dépressive sur le centre salivaire, à la façon de certains poisons, tels que l'atropine et la morphine ». On ne peut se baser sur cette observation unique et de pathogénie discutable pour adopter cette interprétation ; dans tous les cas, du reste, on ne trouve rien d'anormal, aussi bien sur les agents microbiens, que sur leurs toxines.

L'action infectieuse appendiculaire peut s'exercer par continuité sur le tube digestif, par propagation ganglionnaire (péri-adénites, souvent constatées par Walther). Ce sont plutôt alors des lésions gastro-intestinales qui sont produites, et non de simples troubles fonctionnels.

III. — On peut enfin penser à une action réflexe. Il semble même que ce soit là l'hypothèse qui puisse expliquer la majorité des faits (Broca). Le retour à la santé normale est en général tellement rapide, que s'il y avait une lésion gastro-intestinale de nature toxi-infectieuse, il serait bien étonnant que sa symptomatologie disparaisse aussi vite ; de plus, on rencontre rarement des adhérences, de l'épiploïte, de la péritonite chronique dans la dyspepsie appendiculaire, et le caractère purement fonctionnel habituel des troubles gastriques, plaide encore en faveur de cette opinion. Le point de départ de ce réflexe peut être l'appendice en position vicieuse, développé anormalement, agissant par le volume seul de sa masse hypertrophiée. Un kyste appendiculaire, observé par Walther, jouait certainement par son poids le rôle d'épine irritative. Le contenu de sa cavité, la sténose de ses parois, les lésions de sa muqueuse, sont autant de facteurs réflexes : action mécanique de calculs ou noyaux stercoraux, action douloureuse des ulcérations.

Le point de départ du réflexe étant connu, il faut examiner ses voies d'aller et de retour. L'impression spéciale perçue par l'appendice et sa muqueuse gagne le tronc cœliaque par l'intermédiaire de deux nerfs, le pneumogastrique et le grand sympathique ; de là, à la moelle et au IVe ventricule, centres d'élaboration et de réflexion. La voie de retour se fait en sens inverse par les mêmes nerfs, l'impression nerveuse s'emmagasine dans les plexus de Auerbach et de Meissner, et finalement aboutit aux nerfs sécrétoires et moteurs de l'estomac et de l'intestin.

Une viciation de rythme, de modération du réflexe, déterminée par une irritation septique ou non de l'appendice, produira donc des troubles gastro-intestinaux ; comme nous le verrons plus tard, c'est la forme atonique qui domine dans la dyspepsie appendiculaire, mais il peut y avoir de l'hypertonie. Tout cela ne peut s'expliquer que par variabilité d'intensité du réflexe. Le pneumogastrique est excitomoteur et sécrétoire de l'estomac et de l'intestin, le grand sympathique a une action opposée. De la prédominance de l'excitation sur l'un ou l'autre de ces nerfs, nous aurons de l'hypersthénie, de l'hyposthénie.

A côté de ces trois facteurs, certains éléments ont parfois un rôle secondaire plus ou moins important. Les tempéraments névropathes réagissent de façon plus rapide, et par échange de mauvais procédés, aggravent consécutivement leurs troubles fonctionnels et douloureux. Walther insiste sur les irradiations douloureuses péri-appendiculaires, réveillées ou exagérées par l'alimentation ou la défécation ; d'où le malade se condamne à un jeûne absolu, ce qui n'est pas fait pour ramener l'équilibre de ses fonctions digestives.

Villard a donné dans le *Lyon Médical*, 1906, une interprétation pathogénique de la constipation tenace que l'on rencontre dans la dyspepsie appendiculaire. Il rappelle la loi de

Stokes : lorsque des structures musculaires sont en rapport avec d'autres tissus qui sont enflammés, leur fonctionnement souffre et se traduit par une paralysie plus ou moins complète. Il en fait une application à la constipation de nature appendiculaire.

Pour lui, en effet, la constipation habituelle serait déterminée par la simple parésie de la musculature intestinale, parésie provoquée par l'inflammation chronique plus ou moins localisée et, en tout cas, atténuée du péritoine.

Voilà donc les quelques termes du problème qui consiste à ramener à une appendicite s'étant manifestée ou étant demeurée latente, des troubles dyspeptiques assez prédominants pour constituer une forme clinique. Mais l'on peut nous dire : « Ces accidents digestifs existaient depuis longtemps lorsque on a constaté la présence de l'appendicite ; n'est-on pas autorisé à dire qu'ils sont la cause des altérations de l'appendice ? » Dans certaines observations, en effet, c'est sur un terrain dyspeptique depuis bien des années (obs. XX, XXX), que se révèle un état appendiculaire. Dans bien des cas, la chose est bien difficile à déterminer ; cela a permis à Robin, Reclus et bien d'autres d'édifier une théorie qui est tout à l'opposé de celle que nous soutenons et qu'il ne faut pas nier.

On peut pourtant répondre pathogéniquement et cliniquement.

Pathogéniquement, l'affection disparaît par l'appendicectomie, c'est une preuve de son origine appendiculaire. Cet argument est bon, sans être absolu. Du reste, en admettant que l'appendicite soit déterminée par des accidents digestifs prémonitoires, il n'en est pas moins vrai qu'elle crée rapidement une épine irritative et finalement commande aux accidents dont elle pouvait en premier lieu procéder. En admettant avec Reclus les faits, rares, où une lésion gastro-intestinale

crée l'appendicite, il faut pourtant convenir que cette affection exagère sans tarder les accidents originels pour les placer sous sa dépendance.

Cliniquement, on peut répondre, plus simplement : c'est dans l'appendice que réside le principal danger ; c'est de ce côté que doivent se porter les préoccupations du médecin.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est celle de l'appendicite chronique en général, et il n'y a de ce côté-là qu'à se rapporter à tout ce que l'on sait depuis Brun, Letulle, Vremberg, etc., sur l'étude macroscopique et microscopique de l'appendice malade. Deux faits seraient intéressants à noter : 1° Il y a-t-il une forme anatomique d'appendicite qui s'accompagne de préférence de phénomènes dyspeptiques intenses, en somme une forme spécifique de l'appendicite dyspeptique ? 2° Y a-t-il une relation entre l'intensité de la symptomatologie gastro-intestinale et les lésions anatomiques de l'appendice ? Il est également impossible de répondre à ces deux questions autrement que négativement, et il paraît bien évident que l'appendice chronique et l'appendicite dyspeptique répondent à un type banal de lésions, avec de nombreuses variétés du reste.

Nous pouvons pourtant constater ce que nous avons pu trouver dans la lecture de nos observations sur l'anatomie pathologique de : 1° *L'estomac ; 2° l'intestin ; 3° l'appendice et le péri-appendice.*

I. L'Estomac. — Il est indemne dans la plupart des observations ; du reste, le syndrome dyspepsie doit être interprété comme trouble fonctionnel et non comme dépendant d'une lésion gastrique.

Peut-être il y a-t-il toujours une altération légère microscopique, comme le veut Hayem, mais cette hypothèse est peu compatible avec le rapide retour « *ad integrum* » de l'organe consécutivement à l'appendicectomie. Du reste, l'intervention portant sur l'appendice et non sur l'estomac, il est difficile de vérifier histologiquement la chose.

On peut pourtant trouver l'estomac tiraillé et déformé mécaniquement par adhérences épiploïques, c'est plutôt de la gastroptose que de la gastrectasie (obs. IX). Walther en a signalé deux cas à la Société de chirurgie, 1898.

II. L'intestin. — Il faut signaler la fréquence de l'entéroptose, déterminée souvent mécaniquement par des adhérences, ou venant simplement compliquer l'évolution de l'affection. Dans une de nos observations, le côlon transverse plongeait dans le Douglas (obs. II).

On trouve encore des lésions macroscopiques de l'intestin, qui peuvent ressortir de l'entéro-colite, ou existent sans déterminer une particulière intensité de réaction intestinale. S'il y a eu sur l'affection chronique une vive crise aiguë, on peut trouver les anses intestinales météorisées et congestionnées. On trouve aussi des adhérence anciennes du cœcum aux organes de voisinage (obs. XX, XXI). Le mésocôlon peut être lipomateux (obs. I).

III. L'appendice et ses lésions de voisinage.

a) L'appendice.

Etude macroscopique

Siège. — Nous le trouvons à sa place normale (observations nombreuses) ; il adhère à la face postérieure du cœcum (obs. VII, XV, XVIII, XIX), à sa face antérieure (obs. II).

Forme et volume. — Parfois très réduit de calibre (obser-

vation XXIII), l'appendice peut être bosselé (obs. XV), devenir volumineux (obs. XXIV). Potherat, Walther ont signalé à la Société de chirurgie deux cas de kystes appendiculaires. Dans une de nos observations, il était réduit à un moignon (obs. IV).

Longueur. — Généralement normale, elle peut être plus grande que d'habitude, 13 centimètres (obs. I), 17 centimètres (obs. III). Le professeur Tédenat signale le cas bien rare où l'appendice avait atteint la longueur de 21 centimètres (obs. II).

Direction. — M. Tédenat insiste sur la fréquence de l'incurvation de l'appendice par son méso rétracté (obs. I) ; il peut être coudé (obs. XI), courbé, en crosse (obs. VII, XXXI), ou enfin tordu sur lui-même, toujours par rétraction de son méso (obs. XX) ; les bandes de sclérose circulaire jouent aussi un rôle (obs. XIX).

Couleur. — Très variable, pigmenté de foyers scléreux ou hémorragiques : la consistance dépend de l'état des parois et du contenu.

Coupe macroscopique. — Une coupe selon l'axe de l'appendice ou perpendiculaire à cet axe, nous permet de constater des dilatations de la cavité centrale (obs. VII), ou des sténoses partielles, les unes déterminées par l'épaississement irrégulier des parois (obs. XII), les autres par une oblitération ascendante qui prend les deux tiers (obs. X, XIV), ou seulement une extrémité (obs. XVII, XXXV). Nous n'avons pas rencontré le processus de guérison chronique qui serait pour certains une oblitération totale.

Nous trouvons une cavité remplie de liquide louche (obs. XII) ou de petits abcès pariétaux très localisés (obs. II, XVIII, XXI) ; des calculs ou des boulettes de matières fécales (obs. IV, VII, XXI, XXXV) ; enfin, sur la muqueuse des

îlots de sclérose, ou de folliculite érosive (obs. XVIII) ; de véritables ulcérations grisâtres et tomenteuses.

Etude microscopique

Il peut arriver qu'elle démontre des lésions nettes d'appendicite « microscopique » sur un appendice que l'on pourrait considérer comme sain (obs. XIII). En général, pourtant, elle ne fait que préciser ce que l'on a déjà trouvé macroscopiquement. Ce sont des lésions chroniques de folliculite hypertrophique, hyperplasique, atrophique. On peut, à la suite d'une atteinte aiguë, trouver des signes d'inflammation récente. Goursolas part de ce fait pour décrire la dyspepsie appendiculaire de l'appendicite aiguë, alors que dans les cas semblables, il y a simplement réveil subit de l'infection chronique appendiculaire (obs. XX).

b) Les lésions péri-appendiculaires.

Nous serons très bref ; signalons la péritonite localisée adhésive : les adénites du méso-appendice (obs. XI), dur, ou lipomateux, ou épaissi (obs. II, XX), sur le rôle desquelles insiste tant Walther : les adhérences épiploïques au cæcum, à l'estomac (obs. XI, XXVIII). Quant à l'infection des organes de voisinage, vessie, utérus, etc., nous n'avons point à nous en préoccuper. Signalons pourtant la coexistence possible de la salpingo-ovarite droite.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la dyspepsie appendiculaire comprend : 1° l'étude des troubles dyspeptiques ; 2° l'étude des signes et manifestations appendiculaires. Nous serons bref en ce qui concerne ces derniers, ne voulant pas nous exposer à des redites lorsque nous traiterons du diagnostic.

I. — Comme la plupart des dyspepsies secondaires, la dyspepsie appendiculaire se présente sous des aspects variés. Nous ne voulons tracer ici qu'un type général, réservant certaines particularités pour l'étude des formes. Il y a lieu d'examiner successivement ce qui est du ressort de l'estomac, ce qui est du ressort de l'intestin, dont le fonctionnement est bien rarement régulier.

Longuet a insisté dans une de ses observations (obs. III), sur les caractères que peut présenter l'examen de la langue. Ce sont les mêmes constatations que l'on fait dans d'autres dyspepsies. La langue est sale, chargée, recouverte d'enduit grisâtre, sauf sur la pointe et les bords (obs. V, XXII) ; parfois plus sèche. En somme, c'est un état saburral sans physionomie bien spéciale.

Du côté de l'estomac, on trouve de nombreux troubles digestifs ; ce sont eux, du reste, qui amènent le malade chez le médecin.

1° *Signes d'origine stomacale.*

a) *Signes fonctionnels.* — L'anorexie est fréquemment notée ; elle s'accompagne d'intolérance digestive parfois peu en rapport avec le régime alimentaire. Dès que le malade s'alimente, il éprouve rapidement une sensation de pesanteur qui caractérise la lenteur de sa digestion, ou bien encore une impression de distension stomacale. Ces phénomènes s'accompagnent de renvois, de nausées (obs. V, XXIV, XXVI), de vomissements (obs. XXIII, XXVII), d'éructations sonores et fréquentes. Siredey attache une très grande importance aux vomissements, qui pourtant se retrouvent rarement cités dans les observations. Ils sont plutôt le fait des enfants : le tableau dominant chez l'adulte est celui de la dyspepsie atonique.

Concurremment à ces troubles gastriques, se retrouvent les manifestations réflexes communes à la plupart des dyspepsies. Le malade se plaint d'oppressions, de palpitations (Chomel), de bouffées de chaleur, de vertiges (obs. I, XIX), d'états migraineux (Potain). Il se sent lourd, somnolent, incapable de faire le moindre effort physique. Il résiste difficilement à un besoin impérieux de sommeiller et finalement s'endort. Ce malaise, cette gêne digestive ne sont pas toujours aussi vaguement ressentis : ils peuvent se manifester douloureusement.

Les sensations douloureuses varient comme siège et comme intensité, tantôt au niveau de la région épigastrique, tantôt au pourtour de l'ombilic, dans le territoire du plexus solaire (obs. II, Obrastow). Le malade éprouve une constriction désagréable de l'estomac qui le rend nerveux, irritable, pouvant même prendre un caractère nettement angoissant. La douleur simule « des barres épigastriques » (obs. XXI, XXII) ; plus rarement elle est violente, influencée ou non par l'ingestion des aliments, arrachant au malade des cris de souffrance (obs. II, XII).

Douloureuse ou non, l'intolérance digestive est capricieuse, progressive. Alors que dans les dyspepsies primitives, dans l'alcoolisme par exemple, il y a généralement une certaine continuité dans l'évolution, une assez grande régularité, elle est dans la dyspepsie appendiculaire, irrégulière, intermittente même. La moindre cause extérieure influe sur elle : marche, émotions, fatigue. L'estomac supporte parfois des mets réputés indigestes, alors que des aliments considérés comme légers le fatiguent.

Du reste, le cadre de ce qu'il digère encore se rétrécit assez vite. Si le malade persiste à suivre un régime qui lui est défavorable, l'estomac se referme progressivement, non sans crises douloureuses se répercutant sur l'intestin.

b) Signes physiques. — L'examen du chimisme stomacal n'a pas un rôle important ; il sert seulement à différencier les formes cliniques, sans avoir de caractère spécifique.

On constate en palpant, inspectant, percutant la région stomacale, la présence d'une atonie de l'estomac, accompagnée ou non de dilatation, pas d'autres signes. Signalons une sonorité étendue de la région, du tympanisme, de la flattulence, en somme, rien de particulier à cette forme de dyspepsie (obs. IX, XVIII).

2° *Signes d'origine intestinale.* —

Il est habituel de constater, à côté des troubles gastriques, des troubles intestinaux. La constipation est plus tenace, son opiniâtreté frappe particulièrement les malades, l'action des régimes variés est faible ou nulle sur elle, tant elle est prépondérante et persistante. Elle relève de deux facteurs : l'atonie de l'intestin, calquée sur le modèle de l'atonie stomacale ; le spasme colique, facteur le plus habituel (obs. V, VIII, XX).

La défécation devient dès lors simplement pénible ou véritablement douloureuse, comprenant toute la gamme des sen-

sations douloureuses, depuis les coliques légères (obs. XVI, XX), jusqu'aux douleurs véritables (obs. VIII). On l'a vue s'accompagner de diarrhée, mais exceptionnellement, à moins de complications telles que l'entéro-colite. Signalons encore des borborygmes, du gargouillement intestinal, des signes de ptose abdominale, du tympanisme, témoin de la distension du cœcum et du côlon, une sensation de tension, de plénitude abdominales, une faiblesse de la paroi (obs. XII, XXII).

3° *Etat général.*

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les signes et symptômes de la dyspepsie appendiculaire. Mais il manquerait au cadre de cette affection un détail important si nous ne signalions le retentissement de tous ces troubles sur l'état général du sujet. Il y a des malades qui conservent relativement un certain embonpoint ; telle n'est pas la règle commune, et l'on peut dire que l'amaigrissement fait étroitement partie du tableau de ses manifestations.

Cet amaigrissement si variable, mais si inquiétant, qui peut être un puissant facteur en faveur d'une intervention, alors que le chirurgien hésite encore, a de nombreuses causes : les souffrances énervantes ou violentes que détermine la digestion, l'alimentation insuffisante, la digestion imparfaite, l'action éminemment toxique de l'appendicite, les écarts de régime, les médications intempestives, etc. Une malade de Walther perd 6 kilos en quelques semaines, une malade de Villard, 10 kilos en trois mois. Ewald a vu une de ses opérées qui, dans l'espace de deux ans, avait perdu la moitié de son poids. L'amaigrissement, signe de ruine prochaine, finit par dominer la scène, s'entourant de troubles nerveux avec neurasthénie, impuissance, lypémanie. Ces troubles méritent d'être étudiés avec l'évolution de l'affection.

II. — Nous avons déjà dit que nous serions bref sur tout ce

qui constitue la symptomatologie de l'affection appendiculaire. Tantôt la marche chronique de l'appendicite est interrompue par des crises douloureuses typiques qui se produisent avec l'allure classique qu'on leur connaît. Tantôt l'affection demeure latente, il faut la rechercher. L'examen se poursuit dans la fosse iliaque droite, et l'on rencontre des troubles de sensibilité, des signes physiques de lésion appendiculaires : une hyperesthésie légère de la paroi, un ébranlement douloureux à la pression profonde, un cordon mobile ou un assez vaste empâtement. Nous retrouverons tout cela au diagnostic.

CHAPITRE VII

EVOLUTION. — FORMES. — COMPLICATIONS

La dyspepsie appendiculaire n'évolue pas d'une manière uniforme, elle est sous le coup de crises aiguës d'appendicite où la symptomatologie appendiculaire l'emportera momentanément sur les troubles digestifs. Elle se complique d'affections nouvelles dont le rapport avec elle n'est pas toujours facilement démontré.

Prenons un de ces malades qui traînent depuis des années une existence misérable, pour qui la moindre alimentation est le point de départ de crises douloureuses ; qui n'arrivent pas à vaincre leur constipation tenace et prédominante. Que va-t-il lui arriver ?

L'affection peut se continuer longtemps (obs. 29, 35, 31) ; le dépérissement du malade est progressif et sans remède. Il maigrit, ses yeux se cernent, s'excavent, son teint jaunit, devient terreux. S'il est jeune, sa croissance est arrêtée. S'il est plus âgé; la situation intolérable que déterminent les troubles gastro-intestinaux, le force à abandonner ses occupations (obs. II). Dès lors, son esprit, qui n'est pas occupé, ne pense plus qu'à une chose : sa maladie. Son équilibre psychique, mental est ébranlé ; la neurasthénie, l'hypocondrie, tout au moins une grande irritabilité, une hyperexcitabilité nerveuse lui rendent la vie impossible. Il arrive finalement à

ce stade de dénutrition, intoxication digestive que Longuet appelle : « la cachexie appendiculaire » (obs. X). Il constitue alors un excellent terrain de culture pour la première infection un peu grave qui l'attaquera, et sa force de résistance est bien faible pour lutter.

Le tableau n'est pas toujours aussi noir que nous venons de le dépeindre, et le malade peut, au contraire, mener une existence compatible avec les besoins de la vie ; mais cette existence est précaire, puisqu'il est à la merci de la moindre imprudence, d'une légère fatigue, d'un trouble quelconque de ses habitudes. L'affection peut se doubler alors de complications.

Complications.

La plus fréquente est l'entéro-colite (obs. XIII, XVI, XVIII). C'est elle qui amène des débâcles diarrhéïques, des rejets de fausses membranes, des troubles nerveux dans le domaine des côlons, des sensations brûlantes et constrictives, un peu de fièvre passagère. Le foie supporte aussi l'action toxi-infectieuse de la lésion appendiculaire, il devient gros, sensible, congestionné, c'est le foie des dyspeptiques. Il n'est pas rare alors de trouver du subictère (obs. XV) qui, se joignant à la cachexie appendiculaire, donne au visage du malade une teinte terne et lamentable ; la rate augmente aussi de volume. L'infection lente et soutenue a pu produire de la cystite (obs. XXIV). Dans une observation de Walther, il y avait une phlegmatia alba dolens, qui, jointe à l'état d'amaigrisse- du malade, pouvait faire penser à un néoplasme stomacal. Sans doute, tous ces accidents sont plus le fait de l'appendicite que de la dyspepsie ; mais cette dernière joue bien son rôle aussi : dénutrition et intoxication alimentaire.

De toutes les complications d'ordre toxi-infectieux, on peut dire que la plus fréquente, la plus naturelle est la poussée d'appendicite aiguë qui vient se greffer ou se reproduire au

milieu de la symptomatologie chronique. L'infection peut agir sur l'appendice ou déterminer simplement de l'épiploïte aiguë. Ce sont de petites crises légères qui peuvent passer presque inaperçues. ce sont des crises classiques, en coup de pistolet, qui se déroulent avec une intensité telle que le chirurgien a juste le temps d'intervenir. Elles amènent naturellement la gravité et les dangers qui sont fonctions de toute appendicite aiguë, et les phénomènes dyspeptiques, qui peuvent revêtir une force toute particulière, sont souvent ramenés au second plan.

Formes.

La dyspepsie appendiculaire dont nous avons tracé les grandes lignes cliniques, peut revêtir différentes formes basées sur : le type symptomatologique, l'âge du malade, l'évolution des accidents tant dyspeptiques qu'appendiculaires.

a) La plupart du temps c'est une dyspepsie atonique ; un type hyposthénique. Nous le retrouvons dans presque toutes nos observations. Elle se caractérise par une paresse totale de tout le tube digestif, le ralentissement et la lenteur de la digestion.

Plus rarement, l'affection se traduit par de l'hypersthénie. L'ingestion alimentaire s'accompagne de renvois aigres et brûlants, la digestion est douloureuse, il y a du pyrosis. Ces troubles sont parfois calmés par l'ingestion alimentaire et reprennent rapidement ensuite. Les malaises ne se manifestent que tardivement (Foucaud et Salignat). Chez un de ses malades, Longuet constatait un véritable syndrome pylorique, et la crise se terminait par des vomissements acides. Une observation de Rastouil porte sur une malade qui vomissait « pour rien » (obs. XV) ; le type est du reste exceptionnel par rapport au premier (obs. IV, XVIII).

Donc deux formes cliniques, la forme hypersthénique, la forme hyposthénique. La dyspepsie avec prédominance d'un

des symptômes constituera un type spécial. C'est surtout l'élément douleur qui permet de fixer son individualité clinique. Dans une des observations de Témoin (de Bourges), la malade poussait des cris chaque fois qu'elle commençait à manger. C'est de la dyspepsie appendiculaire gastralgique (obs. I, IX, XII, XX).

b) La localisation de la symptomatologie sur une des portions du tube digestif a poussé Longuet à décrire trois types : un type intestinal (obs. XXII) ; un type dyspeptique purement gastrique (obs. IV) ; un type buccal (obs. III). Dans ce dernier, les troubles avaient pour théâtre principal l'entrée des voies digestives : la langue était chargée, saburrale sauf sur la pointe et sur les bords, le pharynx était rouge, les amygdales tuméfiées, la soif vive, la salive en faible quantité ; « un rapprochement, dit Longuet, se présentait naturellement à l'esprit entre la langue des appendiculaires et celle des urinaires ». Nous ne retrouvons pas dans d'autres observations des formes aussi nettement tranchées.

c) La dyspepsie appendiculaire de l'enfant, différerait un peu de celle de l'adulte. L'allure dyspeptique se limite souvent à des indigestions répétées. A la suite d'une entérite qui ne s'est pas guérie, l'enfant devient nerveux, irritable, éprouve un malaise stomacal assez net lorsqu'il se fatigue, lorsqu'il voyage. Généralement, il éprouve alors une envie pressante d'aller à la garde-robe et la scène se termine par un vomissement alimentaire ou aqueux. L'ensemble des troubles dyspeptiques peut se ramener au vomissement facile, à l'anorexie, aux douleurs gastriques, aux indigestions répétées. Ce qui fait que l'on pense aux vers, à la dentition, à l'anémie, si l'on ne palpe pas avec soin la fosse iliaque droite (obs. III, XXVII, XXX).

d) On peut encore décrire des formes de dyspepsie appendiculaire différentes, suivant que l'on trouve ou non des si-

gnes bien nets d'appendicite. D'où des formes purement dyspeptiques, des formes mixtes où l'on rencontre soit un passé, soit des manifestations plus récentes.

1° Dans la forme dyspeptique pure, il faut chercher de parti-pris tous les renseignements que peut nous donner l'examen de la région appendiculaire. Le malade a, en effet, tous les signes d'une dyspepsie primitive (obs. de 1 à 17). Il souffre depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux ; là se résume toute la scène. Dans ces types que l'on peut qualifier de purs, il est bien rare que du côté de la fosse iliaque on n'arrive à déceler quelque chose d'assez net qui mette sur la bonne piste. Dans certains cas, on ne trouverait absolument rien d'appendiculaire. Toutes nos observations avaient des signes d'appendicite chronique plus ou moins légers ; mais il y avait toujours quelque chose. Certains auteurs disent que toute la symptomatologie peut s'en tenir aux troubles digestifs, sans que rien puisse faire penser à une appendicite.

Il semble qu'on ait mal cherché les signes locaux et qu'on se soit laissé, par suite, entraîner sur une mauvaise voie de diagnostic. A l'assemblée des médecins de Dresde, 1907, Haberer, de Vienne, signale des cas où l'amaigrissement, la cachexie, les troubles de sténose intestinale avaient fait penser à un cancer intestinal. « Il n'y aurait jamais eu, dit-il, les moindres symptômes de localisation appendiculaire. » L'intervention montra des appendices altérés, adhérents, entourés de lésions chroniques.

2° A côté de la dyspepsie appendiculaire pure, où la lésion causale est latente et fruste, se place la dyspepsie mixte où les crises appendiculaires se produisent ou ont existé dans le passé.

Dans certains cas, les phénomènes digestifs précèdent l'attaque (obs. 21, 24, 25) ; dans d'autres, ils sont consécutifs

(obs. 27, 28, 30). Parfois, ils se répètent mutuellement sur le même terrain.

L'orage et les accalmies jouent successivement leur rôle (obs. 19, 20, 22, 23, 29, 31, 32, 33, 34, 35) ; c'est ce qui a conduit Goursolas à décrire des formes prodromiques, résiduales, alternantes. C'est là un luxe de systématisation bien inutile ; c'est pourquoi nous n'y insisterons pas ; la dyspepsie est simplement primitive ou secondaire.

c) Les complications peuvent paraître l'emporter sur les formes dyspeptiques appendiculaires, et il semble que le malade soit plutôt un nerveux, un hystérique, un hypocondriaque, de même l'entéro-colite peut modifier l'allure de l'affection. Dans notre observation II, le malade avait une telle richesse de symptomatologie nerveuse, qu'un médecin lui avait dit : « Vous êtes un hystérique ! »

Quant au pronostic de la dyspepsie, il découle de ce que nous venons de dire : affection pleine de dangers par sa dénutrition rapide, par ses complications persistantes, par les explosions subites de crises aiguës pouvant interrompre sa marche chronique. Il importe donc de poser une indication opératoire bien nette, qui, elle-même, ne se base que sur un bon diagnostic.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est capitale, en ce qui concerne la dyspepsie appendiculaire. C'est en effet sur lui que se règle toute intervention opératoire. S'il est juste, elle rendra rapidement et d'une façon définitive le malade à la santé ; s'il n'est pas vérifié, ce sera une opération inutile et un « balafré » de plus.

Qu'y a-t-il, cependant, de véritablement pathognomonique, et qu'est-ce qui distingue la dyspepsie appendiculaire des autres dyspepsies ? Il faut successivement examiner ce qui est du ressort des troubles gastro-intestinaux et des signes appendiculaires. Lorsque la dyspepsie accompagne l'appendicite chronique, avec des crises appendiculaires qui alternent avec elle de façon assez suffisamment caractéristique, on peut facilement établir une relation de cause à effet. Mais il n'en est plus de même lorsque l'apparition des troubles appendiculaires est tardive ; lorsque l'appendicite chronique affecte une forme larvée, fruste, lorsque les troubles dyspeptiques paraissent seuls, qu'on n'a pas assez soigneusement recherché leur présence. Dans tous ces cas, l'examen, méthodiquement fait, de la fosse iliaque droite doit permettre de poser nettement le diagnostic.

Il y a donc lieu d'examiner successivement : 1° ce qui se

rattache aux troubles dyspeptiques ; 2° ce qui est symptomatique de la lésion appendiculaire.

I. — Pour qui ne consulte que le syndrome dyspepsie, les signes vraiment différentiels sont encore à chercher ; mais les symptômes gastro-intestinaux, tout en n'ayant pas en eux-mêmes une valeur définitive, peuvent, par leur allure, leur physionomie, leur groupement, mettre le médecin sur la voie du diagnostic et le pousser à se tourner du côté de l'appendice où il constatera des phénomènes autrement probants. Il faut, pour dépister l'affection, un interrogatoire sérieux et méthodique, s'arrêter aux plus petits détails, « faire avouer au malade, pour ainsi dire, tous les symptômes, jusqu'aux plus insignifiants » (Cotar).

Dans le syndrome dyspepsie, nous trouvons : de l'anorexie, de l'intolérance digestive, des phénomènes douloureux, des vomissements, de l'amaigrissement. Du côté de l'intestin : des coliques et des troubles douloureux. Il faut, dans le cas de dyspepsie appendiculaire, étudier étroitement tous ces signes, rechercher s'ils prennent une physionomie particulière et les différencier ainsi de ceux que l'on trouve, à peu près semblables, dans la dyspepsie atônique, l'entéroptose, l'entéro-colite, etc., cette dernière pouvant, du reste, coexister, facteur ou conséquence de la lésion appendiculaire.

Pour certains auteurs, l'anorexie et l'intolérance digestive auraient peut-être une allure un peu spéciale. L'anorexie présente parfois un caractère d'électivité qui mérite d'être retenu (Walther), par exemple, pour les viandes rouges, les graisses, les sauces, le vin (obs. XV, XXVI, XXXV), quelquefois pour le lait et les œufs (obs. IV, XXXI). Du reste, ce qui domine parfois, ce n'est pas le manque d'appétit, mais la crainte des douleurs gastriques que peut amener l'ingestion alimentaire (obs. VII).

L'intolérance pour les œufs et le lait qui sont plutôt légers

et faciles à digérer, serait un assez bon signe de présomption d'infection intestinale (Foucaud et Salignat). L'intolérance est souvent très capricieuse (obs. XXIX).

Comby a insisté sur la méfiance que l'on doit avoir pour ceux qui ont « le vomissement facile ». On a signalé l'influence de la marche, de la fatigue, des règles sur l'apparition des troubles douloureux (Siredey, Soupault, Jouaust). Ces signes se retrouvent dans d'autres cas, notamment dans l'entéro-colite (obs. XXI).

Quant aux troubles nerveux, à l'amaigrissement, aux autres symptômes, ils sont insuffisants à donner à l'affection un cachet d'originalité spéciale. Les troubles intestinaux, aussi ; remarquons pourtant l'intensité particulière de la constipation (qui s'accompagne du reste, quelquefois, de crises diarrhéiques par infection intestinale) (Wagron). Dans une observation, l'ingestion alimentaire s'accompagnait du besoin pressant d'aller à la selle.

L'étude du chimisme stomacal (Ewald) ne donne point de renseignements utiles, elle gagnerait peut-être à être pratiquée plus souvent. Il ne faut point la rejeter d'emblée, mais on n'en tire généralement aucune indication précise. Il y a lieu encore d'examiner le rôle du traitement qui a été institué, car les malades ne se rendent pas d'emblée chez le chirurgien. En mettant le malade à un régime sévère, on peut voir les localisations douloureuses se confiner à l'appendice et permettre de faire plus facilement son examen (Walther, obs. IX).

En somme, il n'est point besoin de s'arrêter davantage sur tous ces signes, ils indiquent simplement une irritation de l'estomac et de l'intestin. Lorsqu'on a épuisé tous les moyens qui permettent de déceler une affection gastro-intestinale, sans d'autres résultats que la démonstration d'une origine

réflexe ou infectieuse lointaine, il importe de faire de l'appendice un examen méthodique et soigneux.

II. — Les signes qui nous permettent de diagnostiquer une appendicite qui ne s'est manifestée que légèrement ou même pas du tout, sont nombreux, mais on peut les ramener à quelques points fondamentaux ; en présence d'une dyspepsie suspecte que l'on n'a pu ramener à une affection extra-appendiculaire, nous devons rechercher les signes suivants :

1° Les commémoratifs de crises appendiculaires antérieures ;

2° La constatation par le médecin d'une tuméfaction, d'un ruban mobile, d'une tumeur, dans la fosse iliaque droite ;

3° La constatation d'une sensibilité élective, précise, provoquée au point de Mac Burney, et, secondairement, des troubles douloureux spontanés localisés dans la fosse iliaque droite.

Ces signes peuvent être au complet : l'un d'eux peut prédominer au détriment des autres.

On comprend donc que le diagnostic puisse être de difficulté évidemment variable et il convient d'examiner successivement les différents cas, afin d'en apprécier la valeur respective.

1° Les commémoratifs de crises antérieures sont insuffisants s'ils sont seuls ; leur valeur n'est pas rigoureusement décisive, et cela pour plusieurs raisons.

A. — Tout d'abord, ils peuvent ne point exister ; on retrouve dans les antécédents des malades des troubles nets de dyspepsie, rien qui puisse faire penser à une lésion appendiculaire. Et puis, dans l'appendicite chronique d'emblée, il y a bien souvent des manifestations si légères, que tout a passé complètement inaperçu.

B. — Il peut y avoir eu des manifestations appendiculaires,

mais d'intensité, de forme tellement variables que le médecin se demande s'il peut ramener à une affection appendiculaire tout ce que lui raconte le malade. Ce sont des atteintes frustes, des manifestations larvées. Les malades semblent présenter beaucoup plus des symptômes de coliques hépatiques (obs. IV), d'entéro-colite, de salpingite, de coliques néphrétiques, que d'attaque appendiculaire. Il y a eu des périodes de diarrhée intense, de véritables indigestions ; sans doute, cela peut, pour certains, constituer toute la manifestation de la crise aiguë (Dieulafoy, Schœmaker, Carron de la Carrière), mais c'est insuffisant pour permettre d'affirmer qu'on avait alors affaire à une réaction pathologique d'ordre appendiculaire.

C. — Enfin, on peut retrouver dans les antécédents du malade des traces d'appendicite aiguë, franche, avec sa triade douloureuse, sa symptomatologie classique ; on peut affirmer que le malade semble avoir un passé d'appendiculaire. Eh bien ! dans tous ces cas, la notion des commémoratifs est insuffisante et ceci pour deux raisons :

a) D'abord le médecin est obligé de fouiller minutieusement le passé du malade, de se fier étroitement aux dires de celui-ci, et par suite, il est exposé à être doublement trompé, soit par excès, soit par défaut. Les uns ont une tendance à exagérer, à répondre d'une façon très affirmative ; ils raconteront qu'ils ont éprouvé toute la symptomatologie appendiculaire que demande le médecin. D'autres, au contraire, ne se rappellent plus la localisation des douleurs, la physionomie d'attaques qui ne les ont point trop inquiétés ; ou bien ils ne savent exprimer d'une façon bien nette ce qu'ils ont ressenti.

b) Mais, même en admettant que le malade dise vrai, qu'il soit assez intelligent pour raconter sa crise telle qu'elle a été sans en oublier ou en modifier les symptômes, nous n'arri-

vons qu'à cette conclusion : c'est que notre dyspeptique a été à un moment dans sa vie un appendiculaire. Or, il n'est pas plus défendu à un dyspeptique de faire de l'appendicite (pour certains, l'appendicite procède pathologiquement d'une affection gastro-intestinale), qu'à un appendiculaire d'avoir une dyspepsie d'une autre nature. Un dyspeptique peut avoir une appendicite ; un appendiculaire n'est pas forcément un dyspeptique. Ce n'est que par un examen minutieux des faits que l'on peut saisir une relation de cause à effet et rechercher l'enchaînement de ces deux affections.

La connaissance des commémoratifs appendiculaires est donc d'un précieux appoint, mais elle n'est pas d'une influence décisive : il faut savoir s'en passer.

2° On trouve dans la fosse iliaque un léger empâtement, une tuméfaction nettement perceptible ou, au contraire, difficilement appréciable, un cordon mobile roulant sous le doigt. Ceci est un signe plus net et il faut se mettre dans les meilleures conditions possibles pour le rechercher. On le retrouve souvent (obs. I, II, V, XII, etc.).

Ewald conseille l'anesthésie pour faciliter cette recherche C'est certainement une simplification et un avantage. Mais, par contre, une anesthésie offre toujours une part relative de dangers, et par une palpation douce, lente et progressive, on doit arriver à s'en passer très facilement.

Certaines positions occupées par le malade seraient favorables à un meilleur examen.

Hausmann fait coucher le malade, lui fait contracter le psoas iliaque qui va former un plan résistant. Les deux mains vont à la recherche du psoas fortement tendu, et on a alors la sensation nette d'un cordon mobile que l'on fait glisser sur lui, et qui n'est autre que l'appendice.

Cette méthode ne réussit pas toujours ; les névropathes contractent rapidement leur sangle abdominale qui arrête la

main du chirurgien ; les obèses ont des parois trop épaissies pour permettre l'examen.

De plus, dit Romme, « on peut se demander jusqu'à quel point cette palpation vigoureuse de la fosse iliaque peut passer pour anodine, surtout dans les cas où l'appendice est réellement le siège d'un processus pathologique ».

Il n'y a donc qu'à observer ici les règles classiques de la palpation abdominale.

On trouve dans la plupart des cas, soit une tumeur allongée, soit un cordon cylindrique, soit un ruban plus ou moins mobile qui doit répondre à l'appendice malade (obs. I, XIX, XXXII). Le siège est généralement au niveau du cœcum et de l'appendice. On peut, du reste, trouver une masse plus étendue, moins nettement délimitable. Il s'agit alors de péri-appendicite, de masses épiploïques enflammées, adhérentes entre elles ou aux organes voisins. Cette palpation est habituellement douloureuse, d'où autre indication à ne pas anesthésier le malade si l'on ne veut pas se priver de ce renseignement.

La constatation de cette tuméfaction une fois faite, il faut être certain que l'on a bien affaire : soit à un appendice hypertrophié, augmenté de longueur, de dimension, soit à une masse épiploïque, péritonéale, péri-appendiculaire, qui s'est réunie à lui par de multiples adhérences ou l'a englobé.

Un spasme du cœcum peut amener un engorgement stercoral que l'on prendrait à première vue pour une masse de nature appendiculaire ; un massage doux, l'évacuation intestinale, des antispasmodiques permettent d'éviter cette erreur. Le même résultat serait obtenu par l'anesthésie (Guinard), mais cela nous paraît inutile.

Enfin, un judicieux usage du toucher rectal et du toucher vaginal est utile (Poncet, obs XXI), pour éliminer la typhite, la salpingo-ovarite.

3° Il convient d'examiner maintenant : *a*) les sensations douloureuses qui se produisent spontanément dans la fosse iliaque droite ; *b*) la sensibilité élective provoquée au point de Mac Burney.

a) La douleur spontanée peut revêtir des modalités différentes ; tantôt vague, difficilement localisable (obs. VIII, XXII), tantôt nette, très localisée, présentant son maximum dans la région appendiculo-cœcale ; c'est là qu'elle apparaît généralement en premier lieu, qu'elle disparaît le plus tardivement (obs. XIII). Elle peut aussi s'irradier dans le voisinage et rendre ainsi plus complexe l'appréciation de sa valeur, gagner le creux de l'estomac (Huchard), la fosse iliaque gauche (Siredey), l'ombilic (obs. II, XVII). Son intensité est variable : douleur sourde très supportable, tiraillements lancinants. Sa durée varie de même, suivant le malade ou les moments de la journée ; tantôt procédant par intermittence, tantôt persistant et créant une sorte d'état de mal appendiculaire. Elle s'exagère sous l'influence d'une fatigue, d'une marche, d'un changement de régime ; les efforts de défécation, le retour des règles, l'administration d'un lavement la réveillent ou augmentent son acuité (obs. XII). Chez certains malades, c'est quelques heures après l'ingestion alimentaire qu'elle se dessine d'une façon plus nette (Levreg, Rastouil), au milieu de la nuit, au moment de la digestion intestinale.

Elle s'accompagne aussi parfois de phénomènes réflexes particulièrement intenses. D'après Comby, les enfants peuvent présenter des crises de pâleur qui seraient l'unique manifestation d'une douleur appendiculaire.

Ces phénomènes douloureux peuvent, du reste, prédominer et représenter toute la manifestation d'un état chronique appendiculaire. Guinard a proposé de les étudier sous le nom d' « appendicalgie ». A la Société de chirurgie, on a, du reste,

rejeté non la chose, mais le mot ; ils sont insuffisants à faire poser un diagnostic ferme d'appendicite chronique, mais ils sont pourtant un signe très grand de présomption.

b) Le signe le plus important, le signe capital est la présence au point précis de Mac Burney, d'une sensation douloureuse que l'on obtient par la pression et par la palpation ; elle offre souvent certaines particularités sur lesquelles nous nous proposons d'insister ; dans ce cas, on peut se prononcer en faveur de l'appendicite. Parfois, le point de Mac Burney semble déplacé soit verticalement, soit latéralement : ce sont des considérations que nous étudierons plus tard.

Donc, nous rencontrons au point de Mac Burney, une sensibilité élective qui semble directement répondre au foyer du mal. La contracture de la paroi n'est pas un signe constant et il ne faut pas se baser sur son absence pour écarter la présence d'une lésion appendiculaire.

Cette sensibilité particulière se retrouve dans bien des cas ; son intensité est du reste très variable et il y a une véritable gamme de nuances qu'il importe de saisir. Elle coexiste parfois, avec la constatation dans la fosse iliaque droite, d'une tuméfaction bien localisée : souvent, elle constitue l'unique symptôme. La douleur produite est intense ou légère, une sensation de sensibilité exquise ou un simple choc douloureux. Il n'est point nécessaire que le malade réagisse violemment ; il ne ressent, dans certains cas, qu'une « sorte d'ébranlement douloureux », comme dit Longuet, une sensation sourde, obtuse. Ceci montre quel soin, quelle douceur il faut apporter à l'examen.

Caractère intéressant, la douleur peut ne point se produire au moment même où l'on exerce une pression sur l'organe malade ; elle peut être tardive, ne se manifester que quelques heures après, toujours bien nettement localisée au point de Mac Burney (Walther).

Elle peut persister longtemps après le traumatisme exercé par la main qui palpe l'appendice, et ce signe nous permet d'affirmer que c'est bien là une manifestation d'un appendice lésé ; nous pouvons, dès lors, ramener à cet organe, les phénomènes dyspeptiques dont la cause n'était point encore élucidée.

Quelques auteurs ont insisté sur la facilité avec laquelle se produit une crise de vomissement après la recherche des phénomènes douloureux. D'autres signalent certains signes qu'ils voudraient caractéristiques de l'appendicite chronique. Sicard a constaté la disparition du réflexe abdominal droit. Pour Metzer, il y aurait dans la région appendiculaire une dissociation de la sensibilité, telle que de l'hypoesthésie à la piqûre, de l'hyperesthésie au pincement. Ce sont là des signes précis qui méritent d'être cherchés longtemps si l'on veut leur accorder quelque valeur. Zangga rapporte un signe qui a été indiqué par Head et Mackensie[1]: une large bande d'hyperesthésie cutanée, partant des trois premières vertèbres lombaires, contourne obliquement la région lombaire droite et suit la fosse iliaque du même côté pour s'arrêter sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de la symphise pubienne. C'est une application à un cas particulier de la théorie des métamères de Brissaud.

Tels sont les éléments qui permettent de ramener une dyspepsie que rien ne semblait expliquer à une appendicite dont certains signes pouvaient être décelés par un examen attentif.

III. — Nous pouvons maintenant examiner rapidement les causes d'erreur qui pourraient influencer notre diagnostic.

Si l'on se base sur l'ensemble des troubles fonctionnels, on peut penser à une affection gastrique locale ou obéissant à une influence de voisinage. L'examen de l'appendice, tel que nous venons de le faire, nous permet de ramener cette affec-

tion à une cause appendiculaire et dès lors toute cause d'erreur disparaît. D'autre part, l'examen minutieux de l'estomac nous fait éliminer une affection de cet organe, telle, par exemple, qu'un néoplasme que l'on pourrait craindre en voyant à quel degré de cachexie profonde le malade est arrivé (obs. X). Nous écartons de même la péritonite tuberculeuse, les gastralgies nerveuses, qui ont leur physionomie particulière et leurs symptômes originaux.

Si l'on se base sur la présence, dans la fosse iliaque, d'un empâtement, d'une tuméfaction, il faut songer aux tumeurs de la région, aux affections tuberculeuses ; dans ces cas, du reste, l'appendice est habituellement lésé ; on peut arriver aussi à déterminer si l'on a affaire à des adhérences épiploïques.

Restent enfin les erreurs pouvant porter sur l'appréciation de la douleur, siégeant non au point habituel de Mac Burney, mais un peu en dehors, un peu en haut, sur un point de Mac Burney anormalement localisé. Ce sont d'autres organes qui peuvent alors être mis en cause, et la différenciation est d'autant plus délicate qu'ils sont eux aussi facteurs de troubles dyspeptiques d'allure prépondérante.

Il y a, en effet, des dyspepsies urinaires, des dyspepsies utéro-ovariennes (Quenu. Tuffier, Barnsby, Delbet, Tédenat), mais chacune s'accompagne d'une hiérarchie symptomatique qui lui est personnelle.

1° Le point de Mac Burney est « *plus bas* » que de coutume ; on pense à une infection salpingo-ovarienne. Il faut consulter le passé génital de la femme : puerpéralité ou blennorragie ; voir s'il n'y a pas bilatéralité des lésions. S'il y a une tumeur à droite, elle est plus accessible par le toucher vaginal : on arrive généralement à palper une trompe malade, la tumeur est alors souvent horizontale ; dans l'appendicite plutôt verticale. Berthomieu aurait constaté une dif-

férence très accusée dans l'intensité de la douleur provoquée par la pression sur la région cœco-appendiculaire, suivant que la malade se trouve dans le décubitus dorsal ou dans le décubitus latéral gauche. Cette différence serait pathognomonique de l'appendicite et ne se retrouverait pas dans la salpingite droite.

Pratiquement, il est parfois difficile de se prononcer d'une façon définitive, surtout dans les dyspepsies utéro-ovariennes. Du reste, nous savons que appendice et trompe sont parfois solidaires sur le terrain de l'infection, et qu'une appendicite chronique d'emblée n'est souvent que la conséquence d'une lésion salpingée. Walther, Routier, Guinard, au cours d'opérations radicales sur l'utérus et les annexes, enlèvent systématiquement l'appendice, et bien souvent l'examen ultérieur montre qu'il était malade. De Rouville a eu l'occasion de pratiquer l'appendicectomie sur une femme déjà par deux fois opérée pour troubles que l'on avait mis sur le compte de la salpingite. L'erreur n'a pas, du reste, une importance bien grande ; que la dyspepsie soit appendiculaire ou utéro-ovarienne, les indications et la voie opératoire sont les mêmes, le chirurgien n'a qu'à modifier sa technique. Le résultat thérapeutique doit être le même (Richelot, Bouilly, Budin, Doléris).

2° Le point de Mac Burney est « *plus haut* » que de coutume et l'on pense au foie, d'autant plus que sa symptomatologie douloureuse offre, avec celle d'une appendicite fruste, de véritables ressemblances, et que lésions hépatiques et lésions appendiculaires, peuvent exercer entre elles une influence réciproque. La cholécystite calculeuse peut pourtant se différencier par ses localisations et irradiations douloureuses, par l'étude des commémoratifs (Longuet ; Dreyfus ; obs. XV). Du reste, la confusion serait très réparable. Il faut aussi envisager l'hypothèse de cholémie familiale à forme dyspepti-

que (Becker, Siredey, Gilbert et Lereboullet), où l'examen du sang permet la différenciation.

3° Le point de Mac Burney est-il « *plus externe* », on pourrait penser à une néphroptose (Longuet. Tuffier ; obs. XXXV). Cette affection présente pourtant un ensemble caractéristique, et il semble relativement facile de préciser un diagnostic. Ajoutons que ces deux affections peuvent, du reste, évoluer toutes deux concurremment, soit qu'il y ait association pathologique, soit que l'on rapporte à un rein déplacé une douleur essentiellement appendiculaire. C'est confondre le point rénal lombaire de Bazy, avec le point de Mac Burney (Montais, Edebohls). Chez une malade, Walther, après avoir pensé à une néphroptose et conseillé une ceinture, sans succès d'ailleurs, se persuada que les phénomènes douloureux « étaient entretenus, en l'absence de toute autre cause possible, par un état morbide de l'appendice ». L'opération et les suites opératoires lui donnèrent raison.

Il faut encore penser aux dyspepsies urinaires, et aux affections douloureuses se rapprochant de l' « appendicalgie », de Guinard.

Donc, pour arriver au diagnostic formel de dyspepsie appendiculaire, il faut successivement parcourir plusieurs stades : 1° constater la présence d'une dyspepsie sans pouvoir en découvrir les causes habituelles ; 2° tourner son examen vers l'appendice et trouver un ensemble de symptômes, tantôt nets et précis, tantôt vagues et dissimulés, qui semblent déterminés par une lésion appendiculaire ; 3° différencier ces symptômes de ceux d'organes de voisinage capables, eux aussi, de créer des formes dyspeptiques ; 4° enfin, établir entre appendicite chronique et syndrome dyspeptique une relation de cause à effet et non une simple coexistence.

C'est en étudiant soigneusement l'histoire du malade, en fouillant minutieusement tout ce qui se rapporte à l'évolu-

tion des troubles gastro-intestinaux, en notant l'influence du traitement médical sur l'estomac et sur l'appendice que l'on peut arriver à un résultat probant. C'est un diagnostic qui exige une étude patiente du malade, et il importe de ne se prononcer qu'après avoir longuement mûri tous les éléments du problème.

Avant de terminer cette étude, qui est l'élément le plus important de notre thèse, puisqu'il permet de fixer les indications opératoires, et par suite la guérison de la dyspepsie, il faut examiner le rôle que peut jouer l'entéro-colite au milieu des difficultés déjà nombreuses qui rendraient, à première vue, le diagnostic hésitant.

On se trouve en présence de deux points à éclaircir :

a) N'y a-t-il pas entéro-colite ? *b*) Si l'entéro-colite existe, d'où viennent les phénomènes dyspeptiques ; d'elle-même ou de l'appendice ?

a) Le premier point n'est pas toujours facile à déterminer (Froussard). On se base surtout sur l'analyse du phénomène douleur et sur les renseignements fournis par la palpation (Ehrmann). Dans l'appendicite, la douleur est plutôt élective, localisée comme intensité au point de Mac Burney ; dans l'entéro-colite on la retrouve plus diffuse, sur le trajet, aux angles des côlons ; on retrouve le boudin cæcal, la « corde colique » (Glénard), l' « intestin chiffon » (Langenhagen). Il y a eu « des débâcles de glaires, de fausses membranes, de sable intestinal » (Dieulafoy). La thérapeutique médicale des deux affections n'est pas la même ; l'action des grands lavages intestinaux, par exemple, est d'un effet bien différent dans chaque cas.

On a voulu préciser certains signes différentiels plus particuliers. Berthomieu, de Moulins, palpe l'abdomen dans le décubitus latéral gauche. Poncet préconise le toucher rectal et vaginal. Foucaud et Salignat ont remarqué que « les douleurs

appendiculaires sont plus facilement calmées par les opiacés, les douleurs d'entéro-colite cèdent plutôt à la belladone ».

b) On arrive donc dans bien des cas à s'assurer s'il y a ou appendicite chronique, ou entéro-colite ; mais, parfois, on rencontre l'association des deux affections. C'est de « l'appendiculo-typhlo-colite » (Tédenat, in thèse Triol). Comment déterminer alors dans le syndrome dyspepsie le facteur responsable des troubles gastro-intestinaux. Pratiquement, l'importance n'est pas bien grande au point de vue thérapeutique chirurgicale ; puisque nous trouvons des signes de lésions appendiculaires, il est indiqué d'intervenir. Les phénomènes de colite sont, en grande partie, du ressort de l'appendice. Nous l'avons déjà vu et nous allons y revenir encore au chapitre du traitement.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

La question du traitement peut se ramener très simplement à ceci : Du moment que la dyspepsie est de nature appendiculaire, pratiquons l'appendicectomie et, par suite, le malade, délivré de la cause et de l'effet, doit recouvrer sa santé normale.

Cette interprétation est certes raisonnable ; mais on ne doit y arriver qu'après avoir envisagé les termes différents de la question, et avec toute la modération désirable. Quelle que soit la modalité clinique, la forme de la dyspepsie appendiculaire, il faut observer longtemps son malade, ne pas proposer d'emblée « cette solution d'apparence brutale » (Siredey). A part certains cas très limités, il n'y a généralement pas d'urgence à opérer. Il est de bonne pratique de différer un temps que l'on consacrera à la réflexion, à l'observation ; la maladie ne se présente pas avec l'allure plus ou moins schématique que l'on est forcé de lui donner en la décrivant ; le diagnostic est délicat à poser, et il ne faut pas s'exposer à opérer « indûment des gens d'une affection qu'ils n'ont pas ».

Quant au traitement, il est non seulement chirurgical, mais encore médical.

Traitement médical

Il est bon que le chirurgien fasse suivre à son malade un traitement médical de courte durée. Les avantages en sont nombreux. Il se rend ainsi compte de l'efficacité relative des moyens médicaux, et n'est pas forcé de se rapporter au malade, dont les renseignements sont très sujets à caution, car il passe « par toutes les alternatives, tantôt redoutant, tantôt désirant l'opération » (Dieulafoy). Comme nous l'avons vu tout à l'heure, sous l'influence de ce traitement, certains symptômes rentrent dans l'ordre, d'autres s'affirment plus nettement : on se rend compte alors s'il n'y a pas simplement de l'entéro-colite, si l'affection tend à régresser, à s'améliorer, ou à évoluer vers l'aggravation. Ainsi on s'expose moins à « un diagnostic porté à la légère, à une opération mal justifiée » (Richelot).

Le traitement médical comprend : le repos, un régime alimentaire approprié ; une thérapeutique aussi douce que possible pour le tube gastro-intestinal.

Le repos peut être absolu ou relatif. Son efficacité varie. Il est bon de conseiller au malade de rester étendu une heure ou deux après chaque repas, d'éviter la fatigue dont nous avons pu remarquer le rôle néfaste. Chez la femme, au moment des règles, il est indiqué de conseiller un séjour au lit pendant toute la durée des troubles physiologiques.

Le régime peut varier, puisque l'intolérance digestive est si capricieuse vis-à-vis de chaque malade. Les viandes rouges, les sauces, les aliments gras, les épices, les boissons alcooliques doivent être proscrits. On ne permettra les œufs qu'avec une certaine prudence. Par contre, le malade se trouvera bien des purées, des pâtes, de l'alimentation particulièrement végé-

tale avec diminution des aliments azotés. La mastication sera lente ; la base du régime est le lait, coupé ou non d'eau de Vals ou de Vichy, ou encore de tisane d'orge.

Comme thérapeutique intestinale, de légers laxatifs ; l'emploi fréquent de petits lavements, des antiseptiques intestinaux à faible dose. Les grands lavages pratiqués avec prudence sont réservés aux cas particuliers où l'on trouve des manifestations nettes de typhlo-colite ; encore les malades en ont-ils retiré souvent plus de mal que de bien. On peut en dire autant des massages, de l'hydrothérapie, de l'électricité, qui peuvent présenter quelques dangers. L'hydrothérapie est pourtant une bonne méthode, surtout sur les tempéraments névropathiques qui sont du reste justiciables de leur médication usuelle.

Le traitement médical, dans certains cas, ne vise pas seulement à la guérison de l'affection elle-même, mais encore à celle de sa cause directe. M. le Professeur Tédenat essaya chez un de ses malades, syphilitique, le traitement spécifique énergique, qui n'enraya pas la marche de l'affection (obs. II).

Il importe de ne pas s'obstiner dans cette médication palliative, et (nos observations en font foi) toujours inutile. Il faut alors s'adresser à la localisation infectieuse qui entretient tous ces troubles digestifs et que, seule l'intervention chirurgicale peut supprimer.

Traitement chirurgical

Nous envisageons successivement : 1° les indications opératoires ; 2° la manière de les remplir ; 3° leurs résultats.

1° *Les indications opératoires.*

Elles peuvent s'adresser : *a*) à une dyspepsie évoluant sur un terrain appendiculaire qui s'est manifesté par des crises

aiguës de réveil infectieux ; *b)* à une dyspepsie évoluant sur un terrain appendiculaire toujours chronique, qu'un examen minutieux a seul pu faire reconnaître ; *c)* à une dyspepsie appendiculaire compliquée d'entéro-colite. Tout autant de cas susceptibles d'être examinés le plus soigneusement possible.

a) La dyspepsie appendiculaire a été précédée, interrompue, renforcée par des crises aiguës. L'indication est nette, les avertissements donnés sont sérieux. (obs. 18 à 35). L'appendice est nettement malade ; il a déjà réagi, rien n'indique que sa réaction future et que l'on doit prévoir n'ait une gravité plus grande. Ce peut être une forme foudroyante ; et la notion de dyspepsie n'est que secondaire puisque l'appendicite endormie met sans cesse en danger les jours du malade.

b) La dyspepsie appendiculaire semble déterminée par une appendicite chronique, qui évolue avec le minimum de réaction symptomatique, qui est en somme assez bien supportée par le malade, n'étaient les troubles digestifs. Faut-il intervenir ? Certainement : 1° à cause de la dyspepsie ; 2° à cause de la lésion appendiculaire.

1° A cause de la dyspepsie, puisque nous sommes arrivé à ce résultat que son facteur était la lésion appendiculaire. Tant que cette dernière subsistera, il y a peu de chances pour que l'affection tende à la guérison. Le malade continuera à souffrir physiquement et moralement. Il sera condamné à mener une vie misérable, maigrira parfois de façon effrayante ; et parfois il sera trop tard pour faire une opération que l'on a mis trop de temps à conseiller ou à accepter. Et l'on hésiterait, alors que l'on a sous la main le moyen de mettre un terme à ces phénomènes de toxi-infection et de dénutrition ?

2° Mais ne peut-on espérer que par guérison spontanée de l'appendicite chronique, les troubles digestifs ne régressent à

leur tour, sous l'influence d'un traitement patient et raisonné ? Si l'affection dure depuis longtemps, les résultats digestifs ne seront peut-être pas décisifs.

En outre, l'appendicite chronique peut-elle guérir spontanément ?

Sans doute, on dira que la perméabilité de la cavité appendiculaire se rétablit (Dieulafoy), que l'oblitération atrophique prédomine au contraire (Rastouil, Wagron), et que, par suite, l'organe redevenu libre, ou transformé en masse scléreuse n'a plus d'action nocive. Si tant est que ce processus curateur se produise, les lésions de folliculite ne peuvent-elles persister et continuer à distance leur action troublante sur le tube digestif ?

Mais il reste encore à faire la preuve de la guérison anatomique d'une appendicite chronique. La longue durée de l'évolution de la maladie n'est pas un élémènt de bénignité, et ne met pas à l'abri des surprises. « Tout appendice enflammé, guéri cliniquement, reste anatomiquement taré », dit Roux, de Lausanne. « Il porte en ses parois, ajoute Terrier, la menace d'accidents nouveaux ». Donc, l'appendicite chronique continuera à commander aux phénomènes dyspeptiques, dont la persistance et la progression ne feront que diminuer la force de résistance du malade. L'attente de cette guérison si exceptionnelle est donc décevante et chimérique ; elle expose, en outre, aux plus grands dangers. Une crise aiguë peut éclater soudain avec une violence que l'allure fruste de la maladie ne pouvait faire prévoir ; une observation de Siredey, à la Société Médicale des Hôpitaux, le démontre amplement, puisque c'est après vingt ans de troubles douloureux et digestifs que la crise aiguë fit brusquement son apparition. Il faut souvent opérer de suite, à chaud, en pleine péritonite ; les résultats opératoires en supportent les conséquences. L'on

voit des enfants, partis gaiement le matin pour l'école, succomber le soir à une péritonite suraiguë par perforation.

Karevoski a communiqué à la Société de Médecine de Berlin, sa statistique personnelle sur ce qu'il appelle « les interventions ultra-précoces ». Il a réuni 33 observations de malades, dont la symptomatologie se confinait dans des troubles digestifs chroniques ou à répétition : vomissements, diarrhée, constipation. Dans la fosse iliaque droite, on constatait de la sensibilité au point de Mac Burney et du tympanisme cæcal. Son diagnostic fut celui de dyspepsie d'origine appendiculaire et il proposa une intervention : les malades refusèrent.

Sur les trente-trois, combien se sont félicités de leur décision ? Sept seulement, dont les fonctions digestives ne se sont point améliorées, restent sous le coup d'une attaque d'appendicite. Cinq sont morts d'appendicite pour avoir été opérés trop tard ou même sans être opérés ; neuf ont été opérés en pleine suppuration et ont guéri ; tous les autres ont été opérés avec succès à l'occasion d'une attaque d'appendicite. Si l'on réfléchit aux enseignements de cette statistique, on peut leur accorder une certaine valeur.

c) La dyspepsie appendiculaire s'accompagne de typhlocolite ; on comprend que le chirurgien hésite et réfléchisse, surtout si l'affection affecte une allure chronique. Intervenir, dira-t-on, après la retentissante communication de Dieulafoy, après les résultats opératoires si néfastes qu'il a observés, après les discussions de Le Dentu, de Richelot, de Reclus, de tant d'autres. L'hésitation pourtant n'est pas de mise, si l'on est sûr de son diagnostic local, si l'on n' « opère pas au hasard du couteau, en pratiquant des opérations coupables par cela seul qu'elles sont inutiles » (Reclus). Si certains chirurgiens ont une tendance à opérer à outrance, c'est une affaire non de doctrine, mais de conscience, et Dieulafoy a bien fait,

comme le dit Duret, de Lille, de « serrer les freins » ; mais il ne faut pas exagérer.

Quel rôle peut jouer la typhlo-colite dans la recherche de l'indication opératoire? Simplement celui de la complication parfois troublante d'une affection dont le diagnostic nous paraît bien net. Nous n'avons pas à nous en préoccuper outre mesure. Nous dirons à notre client : Vous avez une lésion appendiculaire d'où proviennent certainement les troubles digestifs tenaces dont vous vous plaignez depuis si longtemps ; il y a donc une double indication à remplir : 1° vous préserver d'une attaque aiguë sous le coup de laquelle votre vie est sans cesse placée ; 2° vous débarrasser de votre dyspepsie. En vous opérant, nous les remplissons toutes deux. Si maintenant, sur ce tableau déjà grave, viennent se greffer des accidents d'entéro-colite, de typhlo-colite, nous ne pouvons garantir leur disparition. S'ils sont fonction de l'appendicite, il y a bien des chances pour que nous assistions à leur guérison. S'ils l'ont déterminée, s'ils sont secondairement entretenus par elle, s'ils n'ont avec elle aucun rapport, le résultat opératoire est aléatoire.

Nous voyons ainsi que nous retombons dans le second cas où il s'agit seulement de guérir le malade et de son appendicite et de sa dyspepsie. Il ne sera pas un «balafré» si les signes de typhlo-colite persistent, puisqu'on l'a débarrassé d'une appendicite, que Dieulafoy peut, en certains cas, appeler « microscopique » ; mais qui n'en demeure pas moins une forme d'appendicite chronique. Même si le malade est dans un état de dénutrition sérieux ; même s'il y a prédominance de phénomènes nerveux (quoique, dans ces cas, il faut bien peser ce qui est du domaine toxi-infectieux, ce qui est du ressort névropathique), il y a intérêt à opérer. Si le malade est cachectique, diabétique, il importe de faire des réserves.

« Il ne s'agit pas, dit Richelot, de brandir le bistouri à la

moindre douleur iliaque. » Mais il faut bien réfléchir sur cette idée « qu'enlever à froid un appendice est une opération si bénigne que les risques à courir du fait de cette intervention sont beaucoup moins grands que ceux qui tiennent à la possibilité d'une crise aiguë » (J.-Louis Faure). Quelle que soit donc la forme de notre dyspepsie appendiculaire ; qu'elle se soit accompagnée à un moment ou à un autre de phénomènes aigus, qu'elle garde une allure chronique, qu'elle se complique de typhlo-colite, il importe d'intervenir : 1° Pour la dyspepsie qui doit théoriquement guérir, puisqu'elle est de nature appendiculaire (nous verrons que les résultats pratiques confirment la théorie) ; 2° pour l'appendicite ; et Reclus ne promet pas autre chose à ses opérés. « Si la tyhplo-colite, dit-il (et il pourrait ajouter : la dyspepsie appendiculaire) guérit, tant mieux. Mais c'est contre la seule appendicite que nous agissons et, si, comme Dieulafoy, nous plaignons les « balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon » de souffrir encore de leurs spasmes intestinaux ; nous nous séparons de notre collègue pour les féliciter chaudement de n'être plus, grâce à l'appendicectomie, sous le coup de catastrophes toujours à craindre avec l'appendicite. »

2° *Les procédés opératoires.*

Nous n'avons pas à nous en occuper. Chaque chirurgien a sa technique, qui n'a de valeur que par les mains qui la pratiquent. Elle comprend, suivant les cas, l'intervention à chaud lorsqu'on s'est laissé forcer la main par une attaque aiguë grave ; dans la presque totalité des cas, c'est l'opération à froid. Suivant la forme anatomique des lésions, on résèque l'appendice et on enfouit le moignon appendiculaire ; on libère les adhérences ; on supprime l'épiploïte chronique. Il faut toujours enlever l'appendice, si l'on ne veut pas avoir de récidives comme dans le cas de Barnsby, de Tours (obs. XXVII).

3° *Les résultats opératoires.*

Il faut examiner s'il y a réussite et si cette réussite persiste.

a) La réussite peut être complète, la guérison absolue, ou bien il y a simplement amélioration variable.

La guérison est prompte, parfaite, radicale. En peu de jours, sur trente malades observés par Longuet, vingt-cinq retrouvent rapidement l'intégrité de leurs fonctions gastro-intestinales : les digestions deviennent normales, les selles régulières, les douleurs disparaissent, le nervosisme cesse. Et dans ce nombre, il y en a qui, affligés d'entéro-colite, trouvent un bénéfice sérieux et total de leur opération.

Dans la thèse de Wagron, nous trouvons mentionnée la guérison absolue des douleurs et troubles digestifs dans une proportion de 15 malades pour 18. Signalons trois succès dans la thèse de Rastouil ; de même, sur 18 cas compliqués d'entéro-colite, nous trouvons 11 malades qui ne se ressentent plus de leur affection. Foucaud et Salignat recueillent des résultats aussi satisfaisants ; il est vrai que, pour eux, ce résultat pourrait être obtenu en dehors de toute intervention chirurgicale.

Dans nos 35 observations, nous trouvons des cas nombreux de guérison complète (obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, de 19 à 24, de 26 à 28, de 30 à 32, 34, 35), où l'appendicite dyspeptique ne s'accompagnait point de phénomènes d'entéro-colite. Dans trois cas (obs. XVIII, XV, XVI), où il y avait concurremment de l'entéro-colite, celle-ci a disparu consécutivement à l'intervention chirurgicale. La disparition des troubles digestifs est rapide en général ; quatre jours après l'opération, un enfant, sujet aux indigestions, dont l'estomac irritable ne tolérait que le lait, dévore sans aucun accident, un beefsteack (obs. III). Une femme, qui ne digérait pas le lait depuis trente ans, le supporte très bien dès le 5e jour (obs. IV). La constipation disparaît ; la régularité des selles, la dispari-

tion des glaires (obs. XIII, XVIII), des douleurs, des vomissements (obs. XV), marquent bien la netteté de la guérison. Et pourtant, l'affection datait de longtemps parfois ; tous les traitements médicaux avaient été sans effet. Chez une malade, les troubles digestifs se manifestent depuis 30 ans (obs. IV) ; chez une autre, il y a 16 ans que l'on traite une dilatation d'estomac (obs. XI) ; il y a 25 ans que la malade de M. le Professeur Tédenat est affligée de digestions lentes et douloureuses, de constipation tenace (obs. XX). N'est-il pas intéressant de voir tous ces phénomènes rétrocéder rapidement sous la simple influence de l'appendicectomie ?

Il est des cas où la guérison n'est pas absolue, mais où l'on constate une amélioration très grande. Sur dix-huit malades dont onze guéris, Wagron en rencontre trois chez qui persistent quelques signes d'entéro-colite, légers du reste. Dans sa statistique, Longuet signale cinq malades qui gardent encore quelques troubles intestinaux ; un malade de Siredey conserve une certaine tendance aux embarras gastriques.

Chez tous, la digestion stomacale s'effectuait bien ; l'anorexie, les douleurs avaient disparu ; on voit donc que c'était une amélioration très notable.

Nous retrouvons quatre observations où la guérison totale n'est pas obtenue (obs. II, XXV, XXIX, XXXIII), mais l'état de santé s'est bien relevé. Le malade n'a qu'à s'abstenir de viande, et à lutter contre une constipation légère et persistante, par de petits lavements ou par des laxatifs (obs. II) ; même symptomatologie pour le malade de Villard (obs. XXV, XXXIII). Si donc, l'intégrité complète des fonctions digestives n'est pas obtenue, on peut pourtant dire que l'amélioration constatée chez ces malades est bien près d'une guérison absolue.

L'appendicectomie a, en même temps, une heureuse in-

fluence sur le nervosisme des malades ; un cas de Témoin (obs. VII) en est la preuve ; parfois, elle est sans effet net (obs. V, XII).

Il y a-t-il des cas où l'on n'obtienne aucun résultat. Nous n'en trouvons pas dans nos observations ; et si l'on exige de créer des statistiques pour le prouver, c'est que l'on se base non sur l'inopportunité de l'opération, mais sur une erreur de diagnostic. Dans la plupart des cas de Dieulafoy, il n'y avait pas, en effet, d'appendicite. Ehrmann a recueilli plusieurs cas où l'appendicectomie fut faite pour entéro-colite, sans résultats. Wagron (thèse de Paris) a repris ces faits et montre l'erreur d'appréciation que l'on y rencontre, puisqu'il y a dans la plupart de ces cas des améliorations et même des guérisons. Lorsque l'appendicectomie a été faite pour une dyspepsie non compliquée d'entéro-colite, nous ne trouvons pas mention d'insuccès ; force nous est donc de nous borner aux résultats de l'analyse de nos observations où nous n'en avons pas rencontré.

b) Que la réussite soit complète, qu'il y ait simplement amélioration, il faut avant tout que la situation persiste, sans cela on aurait vite fait, et peut-être avec raison, de mettre sur le compte de phénomènes nerveux et sympathiques, la disparition momentanée des troubles. Il faut donc établir un certain temps entre la date de l'intervention et la constatation définitive du retour à la santé.

Mais il est bon de prendre quelques précautions. Sans doute, il est flatteur, pour le chirurgien, de voir manger toutes sortes d'aliments à un malade dont l'estomac était, quelques jours auparavant, rebelle à une alimentation normale. Il est plus prudent de surveiller le retour progressif des fonctions digestives ; il peut subsister une susceptibilité gastrique qu'il faut savoir ménager. Ce n'est pas impunément que le tube gastro-intestinal a souffert pendant des années. Il faut, les

quelques mois qui suivent, faire observer au malade une hygiène alimentaire, très supportable d'ailleurs ; veiller à la régularité de ses selles ; éviter qu'il ne prenne trop exclusivement un régime carné, plutôt des purées, des légumes. Ainsi, on permettra à l'estomac de s'accoutumer à ce changement (obs. IV) de nourriture, et on ne verra pas les malades désolés d'un insuccès opératoire qu'ils ne devraient qu'à leur imprudence ; plus tard, le malade pourra manger comme tout le monde ou s'en tenir au régime végétarien.

Notre maître constatant la fréquence des ptoses dans la dyspepsie appendiculaire, conseille la sangle de Glénard, au grand bénéfice des malades.

Les observations que nous rapportons témoignent toutes que les améliorations et la guérison consécutives à l'intervention ont persisté. Rappelons que Trêves, qui a constaté des récidives pseudo-appendiculaires après appendicectomie, a insisté sur l'ovarite droite enflammée chroniquement et responsable des nouveaux troubles. Rappelons aussi que certains chirurgiens ont insisté sur les rapports inflammatoires entre ovaire et appendice, et que bien souvent, lorsque l'un d'eux est lésé, l'autre n'est pas toujours sain. C'est pourquoi dans une intervention pour appendicite, Trêves conseille l'examen minutieux de l'ovaire, de façon à pouvoir l'enlever s'il y a lieu, et éviter ainsi une dyspepsie utéro-ovarienne post-appendiculaire.

Nos malades, suivis, confirment tous la persistance de leur bonne santé, et attirent l'attention sur le retour de leur embonpoint et de leurs fonctions digestives. La malade de Walther, revue dix-huit mois après l'intervention, tolère parfaitement « les aliments les plus indigestes et les plus susceptibles de provoquer l'intolérance intestinale » (obs. XXXV). Après un, deux ans d'observation, on ne trouve aucun changement (obs. XXIII, XXX, XXXII). Les malades ont grossi

rapidement : 4 kilos en 6 mois (obs. XX) ; 2 en 1 mois (obs. XXIV) ; 5 en 1 mois (obs. XXXIII). M. le Professeur Tédenat reçoit des nouvelles de deux de ses malades, trois ans et trois an et demi après l'intervention (obs. II, XIX), qui confirment l'amélioration et la guérison.

Tels sont donc les résultats basés essentiellement sur l'étude de nos observations. On voit qu'ils sont favorables à l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite chronique peut déterminer des troubles gastro-intestinaux assez prédominants et persistants pour constituer ce que l'on peut appeler : la « *dyspepsie appendiculaire* ».

II. — Cette affection a les mêmes causes que l'appendicite chronique : elle paraît favorisée par les excès alimentaires, surtout entre 20 et 35 ans.

III. — On explique l'action des lésions appendiculaires sur les troubles gastro-intestinaux en invoquant trois facteurs qui prédominent ou coexistent suivant les cas. La dyspepsie est d'origine : 1° mécanique ; 2° toxi-infectieuse ; 3° réflexe surtout.

D'autres causes peuvent jouer un rôle secondaire.

Les lésions anatomiques sont celles de l'appendicite chronique.

IV. — La symptomatologie comprend : 1° un ensemble de phénomènes digestifs dont quelques-uns auraient une physionomie assez particulière ; 2° des signes très variables comme intensité d'altération appendiculaire.

V. — L'affection évolue vers la dénutrition, l'amaigrissement ; se complique de troubles nerveux, d'entéro-colite ; est interrompue ou aggravée par des crises aiguës d'appendicite.

VI. — Les formes varient : 1° dans leur physionomie clinique : *a*) hyposthénique, surtout ; *b*) hypersthénique, rarement ; *c*) gastralgique.

2° D'après l'âge du malade. Les indigestions et les vomissements répétés sont plus fréquents chez l'enfant ;

3° D'après leur évolution : 1° sans crise appendiculaire (forme dyspeptique pure) ; 2° sur un terrain à manifestations aiguës appendiculaires.

4° D'après la prédominance d'une complication, surtout dans l'appendiculo-typhlocolite.

VII. — Le diagnostic est délicat. En présence d'une dyspepsie dont la nature est incertaine, il faut examiner soigneusement la région appendiculaire. On trouve alors : soit une tuméfaction légère un cordon mobile ; soit une sensibilité très variable au point de Mac Burney. Il convient alors de ramener la manifestation dyspeptique à la lésion de l'appendice. Il est bon d'interroger minutieusement les antécédents du malade.

VIII. — Le traitement comprend d'abord : une thérapeutique médicale d'attente et d'épreuve. Si elle ne donne rien, on ne peut obtenir la guérison que par l'appendicectomie. Suivant les cas c'est la dyspepsie ou l'appendicite qui détermine l'indication opératoire. Les résultats portent : sur l'appendicite, qui n'est plus un danger incessant pour le malade ; sur la dyspepsie, guérie dans la plupart des cas, améliorée dans tous les autres ; sur l'entéro-colite, qui peut secondairement bénéficier de l'opération.

Les suites opératoires se trouvent bien d'un régime approprié ; le retour intégral des fonctions digestives est persistant.

BIBLIOGRAPHIE

Jusqu'en 1898.

Glénard. — De l'entéroptose, 1885.

Reclus. — Discussion sur l'appendicite. Séances de l'Académie de médecine, 1890.

Jules Simon. — Accidents prémonitoires des appendicites, 1891. Bulletin médical.

Talamon. — Appendicite et pérityphlite.

Deaver. — Chronic appendicitis. Soc. méd. Philadelphie, XXV.

Brun. — Appendicite chronique. Presse médicale, 10 mai 1897.

Brun et Letulle. — Lésions histologiques de l'appendicite. Presse médicale, 4 août 1897.

Letulle et Vremberg. — Histologie pathologique des appendicites Presse médicale, 4 août 1897.

Monod et Vanverts. — L'appendicite. Collection Leauté, 1897.

1898.

Barnsby. — Appendicite et annexite. Thèse de Paris.

Baussenat. — Appendicites expérimentales. Thèse de Paris.

Delbet. — Des troubles gastro-intestinaux dans les affections des organes génitaux de la femme. Archives générales de médecine (février).

Dieulafoy. — Toxicité de l'appendicite. Archives de médecine.

Hadya. — Wanderniere und Appendicitis. Centr. Blatt. für Gynecologie (octobre).

Germain Sée. — Des dyspepsies gastro-intestinales.

Walther. — Appendicite latente. Compte rendu du XII[e] Congrès de chirurgie, Paris.

Weis et Février. — Sur quelques cas d'appendicite. Rev. de chirurgie, p. 1168.

1899.

Barette (de Caen). — Communication à la Société de chirurgie (mai), p. 209.

Dieulafoy. — Diagnostic de l'appendicite. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 13e leçon.

Edebohls. – Chronic appendicitis. Post graduate. New-York, février.

Ewald. — Appendicite larvée. Archiv de Langenbeck, LX, p. 80.

Levreg. — Du rôle de l'épiploïte au cours de l'appendicite. Th. de Paris.

Pesquerel. — Appendicite chronique. Th. de Paris

Tripier et Paviot. — Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. Archiv. génér. de méd.

Walther. — Appendicite kystique de volume anormal. Soc. de chirurgie de Paris.

1900.

Broca. — L'appendicite, formes et traitement. Actualités médicales.

Grandmaison. — Appendicite latente. Médecine moderne, Paris.

Jalaguier. — Compte rendu du IIIe Congrès international des sciences médicales. Paris.

— Appendicite chronique. Bulletin de la Société de chirurgie, février.

Klemm. — Ueber die chronische Form der App. Krankung. Centralblatt Medecine und Chirurgie, Vienne.

Montais.— Appendicite chronique. Thèse de Paris.

Porter. — Colitis, constipation, and appendicitis their etiologie relations. Chicago, XXXV.

Robin Albert. — Maladies de l'estomac.

Sonnenburg. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis, 4e éd.

Talamon. — La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite.

Walther. — Troubles digestifs dans l'appencicite chronique. Bulletin de la Société de chirurgie (février et mars).

1901.

Cotar. — Des appendicites larvées. Th. de Paris.

Delcamp. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite. Th. de Paris.

Dieulafoy. — Toxicité de l'appendicite. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

RASTOUIL. — Appendicite chronique. Th. de Paris, 1900-1901.

TRIOL. — Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite chronique. Th. de Montpellier.

1902.

ERDHEIM. — Ueber Appendicitis. Wiener, Medical Presse.

LONGUET. — De la dyspepsie appendiculaire. Semaine médicale (4 juin.)

— Trois cas d'appendicectomie pour dyspepsie appendiculaire. Progrès médical.

LYON. — Clinique thérapeutique, 5e édition.

MOTY. — Observation d'appendicite latente. Gazette des Hôpitaux, LXXV, 535.

1903.

EHRMANN. — Rapports de l'appendicite et de la colite muco-membraneuse. Th. de Paris.

GOURSOLAS. — Formes dyspeptiques de l'appendicite. Th. de Lyon.

HOWARD et KELLY. — Début de l'histoire de l'appendicite en France. Pr. médicale (juin).

MICHEL et BICHAT. Contribution à l'étude des dyspepsies appendiculaires. Revue médicale de l'Est, 12 janvier.

PÉRAIRE et BENDER. — Trois cas d'appendicite. Soc. anatomique de Paris, mars, 234.

SIREDEY. — Etude clinique de quelques formes frustes de l'appendicite chronique. Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux, 20 novembre.

VILLARD. — Leçons cliniques.

1904.

AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite. Baillière, Actualités médicales.

DELION. — Diathèse d'auto-infection et appendicite. Th. de Paris.

LEJARS. — Communication à la Société de chirurgie, 10 février.

LEVREG. — Troubles digestifs et lésions génitales de la femme. Th. de Lyon.

LYON. — Auto-intoxication d'origine intestinale. Gazette des Hôpitaux (mai).

PIGNE. — Discussion à la Société de chirurgie.

POTHERAT. — Bulletins de la Société de chirurgie, 17 février.

WALTHER. — Observations communiquées à la Société de chirurgie.

WAGRON. — L'appendicite chronique d'emblée. Th. de Paris.

1905.

BELL. — Appendicite chronique. British med. Journal, 29 octobre.

BOAS. — Ueber die Diagnose und Therapie der chronischen Perityplitis.

BOIX. — De l'appendicite. Archives génér. de médecine, p. 3185.

BLAKE. — Malposition of the appendix as a cause of functionnel distnrbance of the intestin.

BROCA. — Thérap. infantile.

COMBY. — Appendicite chronique longtemps méconnue. Soc. méd. des Hôpitaux, 26 mai.

HAUSMANN. — Ueber die Palpation des Appendix und über die Appendicitis larvata. Berlin, Klin. Vochenschrift, 13 février.

HOCHENEGG. — Appendicite fruste et appendicalgie. Wien klinische Wochenschrift.

KAREVOSKI. — Intervention dans des formes frustes d'appendicite. Société de médecine interne de Berlin et Allgem med. central Zeit, 9.

POWEY. — Dispepsia for appendicitis. Rev. med del Uruguay.

ROMME. — Choses d'appendicite. Presse médicale, 29 mars.

VAN DER SCHEER. — Contribution à l'étude des appendicites larvées. Mederl Tydschr. voor Geneesk. 11 mars.

TRÊVES. — Récidives appendiculaires après intervention. British med. journal, 4 mars.

TANGER. — Diagnostic de l'appendicite chronique. Teitschrift für Physikthérapie, VII, p. 647.

1906.

BERTHOMIEU, de Moulins. — Diagnostic de l'appendicite chronique. Congrès de chirurgie.

BLECH. — Appendicite larvée. Physikthérapie, Chicago.

DIEULAFOY. — Appendicite et typhlo-colite. Presse médicale, p. 343, 397.

HAUSMANN. — Appendicite chronique. Roussk Vratch, 6 octobre.

JEAN-LOUIS FAURE. — A propos de l'appendicite. Pr. médicale.

KLEMM. — Ueber die chronische Enfallsfrei Appendicitis. Grenzgebiete med. und chir. Iena.

Kohn. — Appendicite larvée, soi-disant « dyspepsie nerveuse ». Association gastro-entérologique américaine, 5 juin.

Morizetti. — Th. de Paris.

Rouville (de). — Appendicite chronique méconnue. Communication à la Soc. de chirurgie.

Romme. — Constipation et inflammation latente du péritoine. Pr. médicale, 30 mai.

Société de médecine berlinoise. — 10 juillet, discussion sur l'appendicite chronique : Krauss, Heubner, Orth.

Société de chirurgie et communications à l'Académie de médecine après la communication du professeur Dieulafoy. — Richelot, Reclus, Reynier, Le Dentu. Pr. médicale, p. 413.

Walther. — Epiploïte post-appendiculaire. Congrès de chirurgie, 6 octobre.

Vulliet, de Lausanne. — Chirurgiens et appendice vermiforme. Sem. méd., 24 octobre.

Villard. — Lyon médical.

1907.

Assemblée des médecins et nat. allemands de Dresde. — Communic. de Haberer, de Vienne.

Brun. — Du rôle de l'épiploon ou des complications épiploïques au cours ou à la suite de l'appendicite. Angers médical.

Comby. – Vomissements périodiques Gaz. des maladies des enfants, Paris.

— Entérite et appendicite chez les enfants. Archiv. méd. infantile.

Foucaud et Salignat. — Dyspepsie appendiculaire. Pr. médicale, n° 42.

Lévy. — Psycho-névroses méconnues, pseudo-appendicites et pseudo-dyspepsies. Rev. génér. de clinique et thérapeutique. Paris, 225-230.

Moriss. — Appendicite chronique. Arch. med., New-York.

Rikketts. — Appendicite chronique. The Lancet.

Roux. — De la dyspepsie appendiculaire. La clinique, Paris.

Severeano. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite. Revue de chirurgie de Bucarest.

Soleri — Appendiciti latenta. Rev. internationale de cliniq. et thérap. Napoli.

Solirène. — Appendicite latente. Th. de Paris.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 février 1908.
Pr Le Recteur,
Le professeur membre du Conseil de l'Université, délégué,
SARDA.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 février 1908
Pr le Doyen
L'Assesseur délégué,
SARDA.